

問 診 票

年 月 日

フリガナ

氏名: _____ (_____ 歳) 生年月日: _____ 性別(男・女)

●郵便番号(_____) ●住所(_____)

●電話番号(_____) ●携帯番号(_____)

●利き手(右・左) ●身長(_____ cm) ●体重(_____ kg)

●職業(_____) ●介護保険(要支援 ・ 要介護 ・ なし)

1. 今回ケガをした、痛くなったきっかけについて教えてください。

・いつですか? (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃)

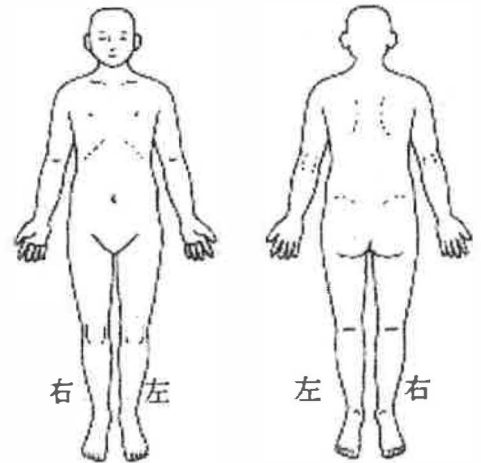
・どこで?(_____)

・何をしている時ですか?

[_____]

2. 今までにかかった病気や手術があれば記入してください。

[_____]



↑痛いところに○をつけてください

3. 現在、内服中の薬はありますか? いいえ・はい

※お薬手帳を提出してください。お忘れの方は下記へ記入してください。

(薬の名前 _____)

4. アレルギーはありますか? 不明 ・ なし ・ あり (_____)

5. 喫煙はしていますか? いいえ・はい →(_____ 本 / 1 日 _____ 年間)

6. 飲酒はしていますか? いいえ・はい・機会飲酒

7. 妊娠中ですか?(※女性のみ)

いいえ ・ はい (可能性のある方も○をつけてください)

*骨粗鬆症について

女性は40代頃、男性は50代頃から発症のリスクが上昇します。検査を希望されますか?

(希望する ・ 希望しない)

*当院を何でお知りになりましたか?

(近所 ・ 広告 ・ 知人 ・ インターネット ・ その他 _____)

問診は以上です。ご協力ありがとうございました。