

## 問 診 票

フリガナ				性別	男	女	職業			
氏名	様									
生年月日	大	昭	平	令	年	月	日	歳	身長	体重
									cm	kg
住所	〒 _____					電話番号	携帯 _____			
							自宅 _____			

1. 本日はどうなさいましたか

[ ]

2. 右の図に具合の悪いところに ○ をつけてください

3. どのような状態ですか？

- 痛む     こる     しびれる     重苦しい  
 はれている     動きが悪い     けが  
 その他

[ ]

4. それはいつからですか

- 本日     昨日     一昨日     1週間前  
 2週間前     1ヶ月前  
 その他 [ ]

5. 思い当たる原因はありますか

- ある( 交通事故    労災    その他 )  
 なし

6. 現在、治療中の病気はありますか

- なし  
 糖尿病     喘息     高血圧     脳梗塞     胃潰瘍     アトピー性皮膚炎  
 緑内障     肝炎     不整脈     熱性けいれん     前立腺肥大  
 アレルギー( )     その他( )

\*大きな病気・手術の経験はありますか 病名・治療内容 ( )

\*体内に金属は入っていますか？ いいえ・はい (部位 )

\*ペースメーカーは入っていますか？ いいえ・はい

7. 現在服用されているお薬はありますか  なし  お薬手帳あり[ ]

8. 薬や麻酔などでアレルギー症状を起こしたことはありますか

- なし     ある    薬や症状など ( )

9. 女性の方にお尋ねします

現在妊娠・授乳中ですか？

- 妊娠していない     妊娠している     授乳中

10. 骨粗鬆症の検査について興味がありますか

- ある     治療している     以前骨密度を測ったことがある     ない

11. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- 紹介(病院名 )     知人紹介( 様 )  
 ホームページ     看板     前を通りがかって     その他 [ ]