

## 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. いつ頃から症状はありますか？

[ ]

4. 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

5. 現在、治療中の病気はありますか？

 なし[ ]

\*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

6. 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[ ]

7. 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 ( )

8. ご希望の医療サービスはありますか？

- レントゲン  リハビリ  注射など  診察を受けてから考えたい

9. 現在妊娠・授乳中ですか？ (女性の方にお尋ねします)

- 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？ (女性40歳、男性50歳以上の方にお尋ねします)

- 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. 介護認定を受けていますか？ (40歳以上の方にお尋ねします)

- 受けている  受けていない  わからない

12. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

- はい  いいえ

13. 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 [ \_\_\_\_\_ ]