

【問診票】

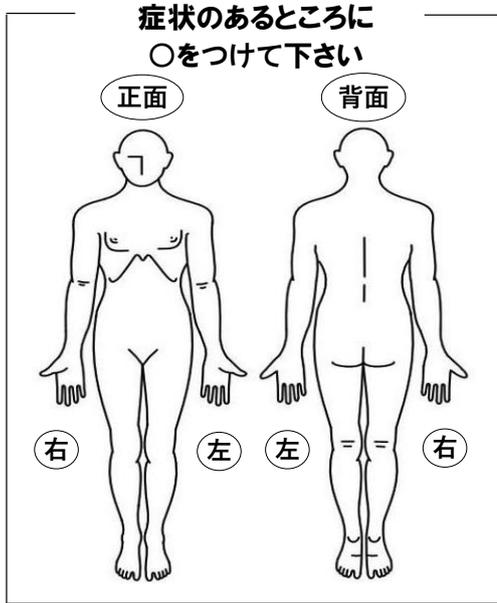
受付NO. _____

ID _____

記入日 年 月 日

★カルテの作成に必要ですので、生年月日・住所・電話番号は必ずご記入下さい

フリガナ _____	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年齢
名前 _____	<input type="checkbox"/> 女	大・昭・平・令 年 月 日	歳
〒 _____	ご職業		
住所 _____	身長	cm	体重 kg
電話番号(自宅) _____	携帯(本人・家族)	_____	_____



1 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

持っている 持っていない

2 症状は？

痛みがある しびれる 動きが悪い

しこりがある 骨粗鬆症の検査をしたい

その他 ()

3 症状は、いつから出ましたか？

()

4 思い当たる原因はありますか？

交通事故

仕事

特に原因なし

スポーツ ()

その他

5 女性の方への質問です。

妊娠している 妊娠していない わからない

6 薬や麻酔の薬のアレルギーはありますか？

特にない わからない

薬のアレルギーがある (くすりの名前) 麻酔のアレルギーがある

7 現在、何か薬を飲んでいますか？

特にない お薬手帳・薬剤情報持参

ある (くすりの名前)

※お薬手帳・薬剤情報を提示された方は、ご記入の必要はございません

8 現在、治療中の病気はありますか？

特にない

高血圧 糖尿病 心臓病 ペースメーカー使用中

肝臓病 腎臓病 高脂血症 その他 _____

9 いままで大きな病気、手術、ケガをしたことがありますか？

特にない

ある いつ頃： _____ 病名： _____ 手術名： _____

10 現在、他の医療機関に通院していますか？

通院していない

通院している 医療機関名： _____ 受診日： _____ 治療内容： _____

裏面へ→

