

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		男・女	歳	生年月日	大正・昭和・平成・令和
					年 月 日
住所	〒			介護認定	なし
					あり (要支援 ・ 要介護)
電話番号	①	-	-	②	-
職業/学年			身長	cm	体重
					kg

1. 本日の受診理由をお書きください		* 症状がある部位に○を付けて下さい	
・いつ頃：		右	左
・症状：			
・原因：			
2. 受けてみたい検査・治療などあれば○を付けてください		MRI ・ リハビリ ・ 骨粗しょう症検査 ・ 薬の処方 リウマチ検査 ・ 骨折治療 (超音波) ・ 診断書作成	
3. この症状で他の医療機関を受診、治療していますか？	いいえ	はい	医療機関名：
4. 現在治療中の病気はありますか？	いいえ	はい	疾患名：
5. 現在、使用しているお薬はありますか？	いいえ	はい	
6. お薬手帳シールの発行は希望されますか？	いいえ	はい	※お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒に受付にご提出ください ※新しく作成を希望の方は、次に○をお付けください→ 作成希望
7. 薬や食べ物でアレルギーや副作用が起きたことはありますか？	いいえ	はい	具体名：
8. 骨密度の検査をしたことがありますか？	いいえ	はい	( )ヶ月前くらい ( )年前くらい
9. 妊娠中または授乳中ですか？	いいえ	はい	可能性あり
10. ご家族に当院を受診した方がいらっしゃいますか？	いいえ	はい	氏名： 続柄：

※上記の情報は、個人情報として慎重に保管を行い、診療目的以外に利用いたしません。