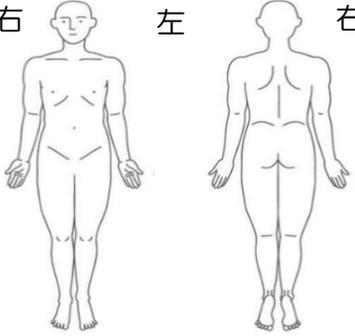


問診票

令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------------------|--|-----|----|--|-------------|
| ふりがな | | 男・女 | | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 |
| 氏名 | | | 歳 | | 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | ① - - ② - - | | | | |
| 職業/学年 | | 身長 | cm | 体重 | kg |
| どうなさいましたか | <ul style="list-style-type: none"> ・痛み ・はれ ・しびれ ・動かない ・変形 ・しこり ・感覚が鈍い ・違和感がある ・歩行困難 ・骨粗しょう症が気になる その他 () | | | ※症状がある部位に印をつけてください 右 左 右  | |
| それはいつからですか | | | | | |
| 上記の内容は交通事故や労災予定ですか | ・いいえ ・交通事故→相手が いる・いない ・労災予定→お工作中・通勤中 | | | | |
| 介護保険の認定を受けていますか | ・いいえ ・要支援(1・2) ・要介護(1・2・3・4・5) | | | | |
| 受たい検査・治療などありますか | ・MRI ・リハビリ ・薬の処方 ・診断書 ・リウマチ検査 ・骨折治療(超音波) ・骨粗しょう症の検査 | | | | |
| 今までにかかった病気や現在治療している疾患はありますか | ・いいえ ・高血圧 ・高脂血症 ・痛風 ・糖尿病 ・胃・十二指腸潰瘍 ・腎臓病 ・肝臓病 ・脳卒中/脳梗塞 ・癌・悪性腫瘍 ・心臓病 ・喘息 ・心療内科疾患 () ・その他 () | | | | |
| 現在、使用しているお薬はありますか | ・いいえ ・はい () →お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください | | | | |
| お薬手帳はお持ちですか | ・いいえ→ 不要 ・作成希望 ・はい | | | | |
| お薬手帳に貼るシールを希望されますか | ・いいえ ・はい | | | | |
| 薬や食べ物のアレルギーはありますか | ・いいえ ・はい () | | | | |
| 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 | | | | |
| 妊娠中または授乳中ですか | ・いいえ ・わからない ・妊娠中 ・授乳中 | | | | |
| ご家族の当院受診はありますか | ・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。
 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。