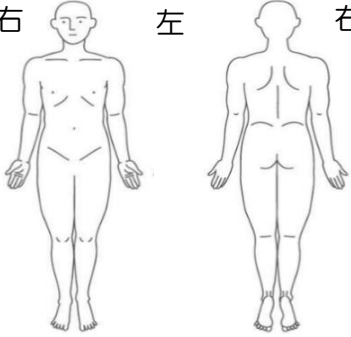


問診票

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。