



フリガナ		男 女	生年月日	
お名前			明・大・昭・平 年 月 日 () 才	
住所	〒 () - ()	電話番号	()	
		携帯番号	()	
勤務先 (学校名)		電話番号	()	

<< 1~10の質問にご記入または○付けてお答え頂けますようお願いいたします。 >>

1	介護保険の対象者にご質問します。 介護保険を (申請中 ・ 利用中) ・ 不明
2	今回の受診目的 ア) 骨密度の検査のみ ⇒4 へお進みください。 イ) 身体の相談 ⇒3 へお進みください。
3	<p>今回の症状について教えてください。</p> <p>ア) 右の図へ症状がある部位に○を付けてください</p> <p>イ) いつからですか? 年 月 日から</p> <p>ウ) きっかけはありますか? (わからない ・ ある) 〔 屋内 屋外 工作中 通勤中 交通事故 スポーツ中 〕</p> <p>エ) 主な症状を教えてください。 痛い しびれる おもい つっぱる こる 腫れ その他 []</p> <p>オ) 今回の症状をどこかで相談されましたか? ●いつごろ? [] ●どちらで? [] ●検査は? レントゲン MRI CT その他 ●治療は? 内服薬 外用薬 注射 リハビリ 手術 ●紹介状や画像はお持ちですか? ない ・ ある [紹介状 ・ 画像]</p>
4	日常の運動を教えてください。ウォーキング ジム 部活 [内容: 回/週 ・ 月]
5	職種を教えてください。 デスクワーク・カ仕事・立ち仕事・その他 []
6	女性の方にご質問します。 妊娠 (なし ・ 予定あり ・ 可能性あり ・ 週目) ・ 授乳中
7	治療中の病気、または伝えておきたい病歴・手術歴などをお持ちの方はご記入ください。 ない ・ ある [花粉症・喘息・緑内障・胃潰瘍・高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・腎臓病・痛風]
8	内服中のお薬はありますか? ※薬手帳、もしくは薬一覧をご提示いただければ、こちらへの記入は不要です。 ない ・ ある []
9	アレルギー症状が出たことがありますか? (アルコール消毒・内服薬・外用薬で発赤、かゆみ、むくみなど) ない ・ ある []
10	よろしければ当院へお越し頂いたきっかけを教えてください。 ①近いから ②通りすがり ③電柱看板 ④ホームページ:当院・その他[サイト:] ⑤紹介:ご家族・知人・当院の職員・その他[お名前:]

ご協力ありがとうございました。上記の個人情報は、診療録と同様に当院にて厳正に管理いたします。