

# 問診票

ふりがな

月 日

お名前 ( ) (男・女) 生年月日 (M T S H 年 月 日生) ( ) 歳

(〒 - ) ご住所

☎自宅 ( ) - ご職業 ( ) やっているスポーツ ( )

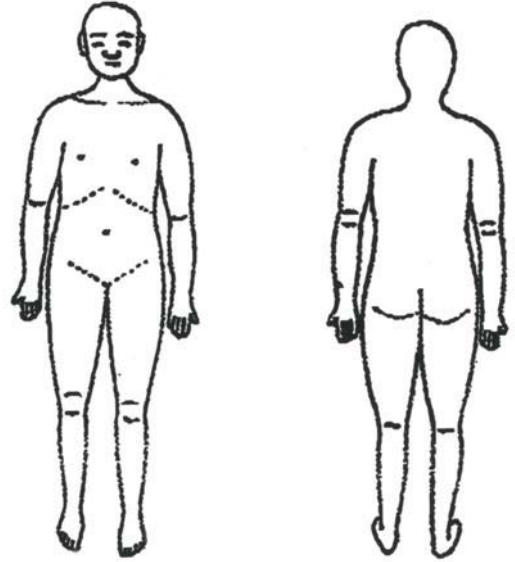
携帯 - -

1) いつからお悪いのですか？

2) 右の図で悪いところに○印をつけて下さい。

3) どういう症状がありますか。

- ( ) 痛い ( ) しびれる  
( ) はれている ( ) 動かしにくい  
( ) つっぱる ( ) しこり、できものがある  
( ) その他 ( )



4) 原因はありますか。( ) ない ( ) ある ↓

( )

5) 今までに大きな病気、手術などをしたことがありますか。

( ) ない ( ) ある ⇒ ( )

6) 今、他に治療中の病気または内服中の薬はありますか。

( ) ない ( ) ある

ある場合、わかる範囲で書いてください。お薬手帳をお持ちの方は、お出してください。

( )

7) 食べ物や薬でじんましんが出るなどのアレルギーはありますか。

( ) ない ( ) ある ⇒ ( )

8) 女性の方で、現在妊娠中、またはその可能性がありますか。

( ) ない ( ) ある

9) 当院のことはなにでお知りになりましたか。

- ( ) 家族・知人に聞いて ( ) インターネット、ホームページ  
( ) 駅、道路の看板 ( ) その他⇒ ( )

\*骨密度測定希望の方は、右に○をつけて下さい。

( ) 希望する