



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

<< 1~10の質問にご記入または○付けで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<br>ア) 骨密度の検査のみ ⇒4 へお進みください。<br>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?<br/>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 )<br/>〔 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<br/>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?<br/>●いつごろ? [ ]<br/>●どちらで? [ ]<br/>●検査は? レントゲン MRI CT その他<br/>●治療は? 内服薬 外用薬 注射 リハビリ 手術<br/>●紹介状や画像はお持ちですか?<br/>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  | <p>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。</p> <p>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 ]</p>   |
| 8  | <p>使用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。</p> <p>ない ・ ある [ ]</p>  |
| 9  | <p>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)</p> <p>ない ・ ある [ ]</p>  |
| 10 | <p>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。</p> <p>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: ]</p> <p>⑤紹介: ご家族・知人・当院の職員・その他 [ お名前: ]</p>  |

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。