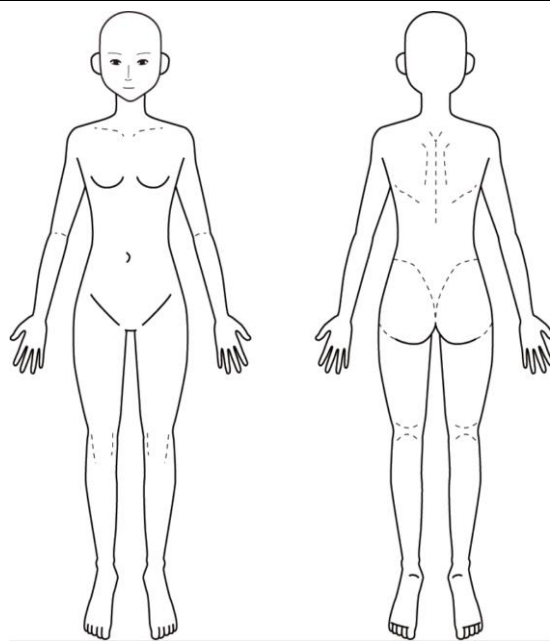


問診票		* 当院では交通事故でのケガはあつっておりません	
フリガナ	男・女	生年月日	年齢
氏名		年 月 日	歳
住所 〒			
電話番号	携帯番号	ご職業	
* 当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ご紹介 ()			
マイナ保険証（マイナンバーカードによる保険証利用）による情報取得に同意しますか？			
<input type="checkbox"/> はい	当院は診療上昇を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。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おねがいたします。		
<input type="checkbox"/> いいえ			
他の医療機関からの紹介はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
どのような症状ですか？		今回ご相談の場所に○をしてください	
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他（ご記入ください）			
いつからの症状ですか？			
月 日から / () 日・週間・月・年前から			
症状がでたきっかけはありますか？			
<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> 落ちた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> 運動中 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他（ご記入ください）			
今回の症状で他の病院を受診されましたか？			
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> あり () 医院・病院			
過去に大きな病気で治療や手術をうけられたことはありますか？			
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> あり ()			
現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> その他			
現在のんでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり * お薬手帳をご提出ください。 お薬手帳のないかたはご記入ください。			
お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前)			
飲酒 <input type="checkbox"/> のまない <input type="checkbox"/> のむ (本/日) 種類・量 ()			
女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠中・妊娠の可能性あり・授乳中)			
* 当院では骨粗しょう症の診断治療に力をいれており、DXA法を用いた正確な骨密度測定をおこなっております。			
骨密度検査を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・いつ頃ですか？			
骨密度検査を受けてみたいですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい * 40歳以上の女性はおすすめします。			
この1年間で検診（特定検診または高齢者検診）受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
要介護（要支援）認定をうけておられますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			