

問診票

正しい治療を行う参考にいたしますのでご記入ください

記入日： 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	ご職業
氏名	歳		

① 現在一番具合の悪いところはどこですか？（右下図に○印をつけてください）

② どのような症状ですか？

痛い しびれる おもい つっぱる はれている
動きが悪い 冷える その他（ ）

③ いつ頃から始まりましたか？（ 年 月 日頃）

④ 業務中・通勤中ですか？
（ いいえ ・ はい ）

⑤ 原因は何ですか？思い当たることはありますか？
（ ）

⑥ この症状で、他の医療機関で治療していましたか？

いいえ ・ はい（どんな治療ですか？ ）

⑦ アレルギーはありますか？（ いいえ ・ はい ）

薬品（ ）食物（ ）

⑧ 湿布でかぶれたことがありますか？

（ いいえ ・ はい ）

⑨ 抜歯などの麻酔薬で気分が悪くなったことがありますか？

（ いいえ ・ はい ）

今までに大きな病気やケガをしたことがありますか？

また現在ほかに治療中の病気がありますか？（ いいえ ・ はい ）

⑩ 喘息・消化器の病気・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・脳血管疾患・
その他（ ）

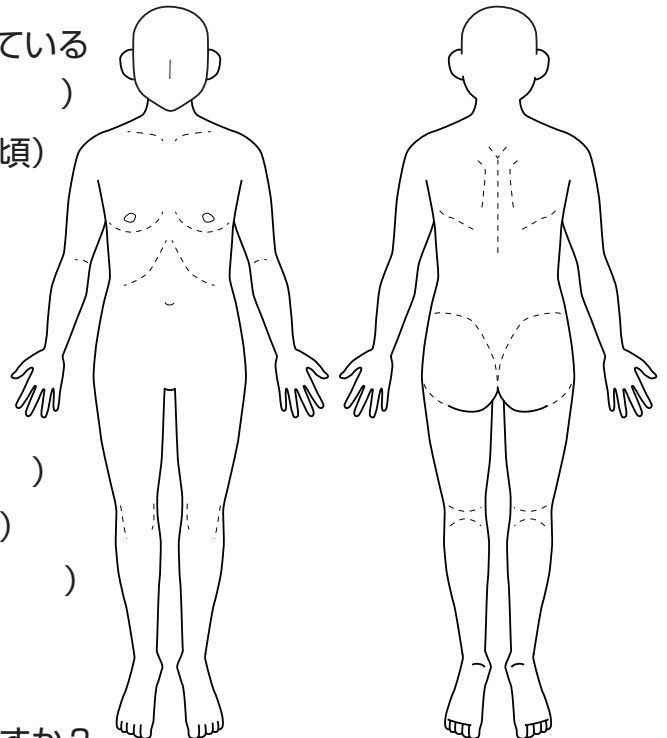
⑪ 女性の方へ。現在妊娠している可能性がありますか？また、現在授乳中ですか？

いいえ ・ はい（ ヶ月） ・ わからない 授乳中

⑫ 健康長寿のために、当院では骨粗鬆症（こつそしょうしょう）を原因とする転倒や、
骨折、寝たきり予防のため、

65歳以上の女性・70歳以上の男性の方には骨密度検査をお勧めしております。

骨密度検査を（ 希望する ・ 希望しない ）



ご記入いただきました情報は診療に必要な範囲でのみ使用し、当該目的以外には使用しません。