

問 診 票

平成 年 月 日

フカケ


氏名: _____ 男・女生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日 歳

身長: _____ cm 体重: _____ kg 職業: _____

住所: _____ TEL: _____

1、現在どのような症状がありますか？該当する症状に○をつけてください。

- ・ 動かすと痛い
- ・ じっとしていても痛い
- ・ しびれる
- ・ 触った感じが鈍い
- ・ 長く歩けない
- ・ 手足がよく動かない
- ・ 肩や腰がこった感じがする
- ・ その他 (_____)

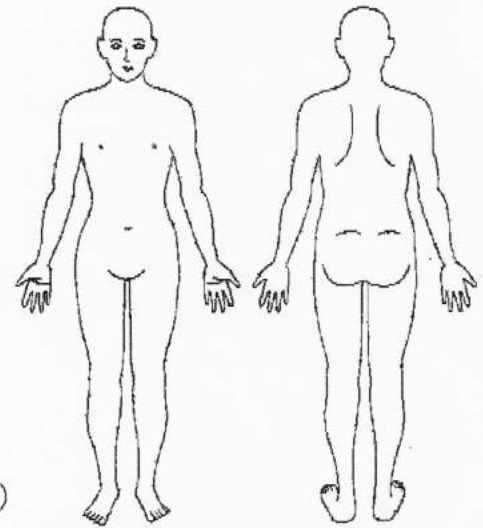
2、症状のある部位に○をしてください。 

3、その症状はいつごろからですか？

月 日頃から
あるいは 日前より

4、症状が出た原因として思い当たることがあれば
ご記入ください。

- ・ 交通事故(相手あり・相手なし)
- ・ 業務中又は通勤中
- ・ その他 (_____)



5、今までにかかったことのある病気で該当するものがあれば○をつけてください。

- ・ 高血圧
- ・ 糖尿病
- ・ 胃、十二指腸潰瘍
- ・ 脳梗塞
- ・ 喘息
- ・ その他 (_____)

6、現在服用されているお薬はありますか？またどちらの医療機関にかかっていますか？

- ・ ない
- ・ ある (_____)
- ・ 医療機関名 (_____)

7、お薬のアレルギーはありますか？

- ・ ない
- ・ ある(薬剤名; _____)

8、聴力に関しておたずねします。耳はよく聞こえますか？

- ・ よく聞こえない
- ・ やや聞き取りにくい
- ・ よく聞こえる

9、女性の方におたずねします。現在、妊娠中、あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- ・ いいえ
- ・ はい(妊娠中 妊娠の可能性 授乳中)

10、健康長寿のために、当院では骨粗鬆症を原因とする転倒や骨折、寝たきりの予防のため、
骨密度検査をお勧めしております。

- ・ 骨粗鬆症診察を (希望する ・ 希望しない)