

# 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな	性別	生年月日	年齢	身長	体重
氏名	男・女	年 月 日	歳	cm	kg

住所 〒

自宅☎:

携帯☎:

職業

勤務先

☎:

下記の質問にお答え下さい。

また、該当するものに☑チェックを入れて下さい。

※ 症状がある部分に○をつけてください

1. いつからどのような症状でお困りですか？

( ) 頃から、どこが ( )

痛い  しびれる  腫れている  その他 ( )

2. 症状が出たきっかけは何ですか？

工作中  通勤・通学  交通事故  スポーツ

転んだ  きっかけ不明

3. 今までかかった病気や現在治療中の病気はありますか？

なし

糖尿病  心不全  胃潰瘍  喘息

ペースメーカー植え込み  透析

がん ( )  その他 ( )

4. 骨粗鬆症の治療を受けたことがありますか？

あり (病院名: ) お薬の名前: ( )

なし

※ お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします。

5. 飲んではいけない薬、身体に合わない注射や薬、食べ物はありますか？

はい 薬 ( ) 注射 ( ) 食べ物 ( )

いいえ

6. 女性の方のみにお尋ねします。現在妊娠中、授乳中ですか？

いいえ

はい 妊娠 ( ) カ月  妊娠の可能性ある  授乳中

7. その他、ご要望の検査や治療などありましたらご記入下さい。

MRI  レントゲン  骨密度  リハビリ  注射  薬

8. 補聴器を使用されていますか？

はい  いいえ

