

問 診 表

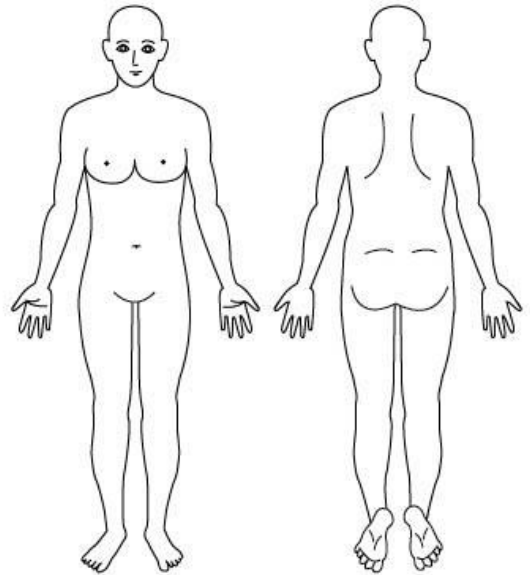
		記入日	平成	年	月	日
フリガナ		ご職業				
氏名						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳	ヶ月
住所	〒 - 都道府県					
電話番号	自宅:		携帯:			
メールアドレス	@					

メールにて院内情報や、整形外科情報、季節イベントの連絡などをお送りさせていただきます。

1. 本日はどうなさいましたか？(○を付けてください)

- | | | |
|-------|---------|-------|
| 痛い | しびれる | 腫れている |
| 曲がらない | 感覚が鈍い | こわばる |
| 熱っぽい | 赤くなっている | 歩行困難 |
| その他(| | |

2. 症状のあるところに○を付けてください。



3. その症状はいつからですか？

(

4. 原因と思われることはありますか？

(

5. 持病はございますか？

- | | | | |
|-----|-----|-----|--------|
| 喘息 | 心疾患 | 肝疾患 | |
| 糖尿病 | 高血圧 | 腎臓病 | |
| 胃潰瘍 | 脳梗塞 | 痛風 | その他() |

6. 手術を受けたことはありますか？

・はい

・いいえ

どこの手術をされましたか()

7. 現在、介護保険を使用していますか？

・はい

・いいえ

8. 今までに骨粗鬆症の検査を受けたことがありますか？

・はい

・いいえ

はい の方:それはいつ頃検査されましたか？ () 頃)

9. 薬のアレルギーはありますか？

・はい(薬の名前:

・いいえ

10. 女性の方へ・妊娠の可能性はありますか？

・はい

・いいえ

・現在授乳中ですか？

・はい

・いいえ

11. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。(○を付けてください・複数回答可)

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------|-----------|------------|
| () 電話帳をみて | () 看板をみて | () 近所だから | () チラシをみて |
| () 当院のホームページをみて | () 当院以外のインターネットサイトをみて | | |
| () 家族・親族から聞いて | () 友人・知人(氏名:)さんから聞いて | | |
| () 他の医療機関で聞いて(紹介を含む) () その他() | | | |

12. 今までの整形外科治療で、疑問点や不安・不満な点があれば教えてください。

()

当院は、整形外科・小児整形外科領域・骨粗鬆症を専門としております。

また、X線を使つての骨密度検査も行っております。ご希望の方は医師または看護師にご相談ください。