

問 診 票

受診日 年 月 日

フリガナ			住所	〒		
氏名	男・女					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳	TEL
身長	cm	体重	kg	職業		喫煙
						あり(本/日)・なし

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

いいえ はい

2. 番号順にいつから、どのような症状かご記入下さい

いつごろか ①() ②()

症状は ①(痛み・変形・腫れ・しびれ)

②(痛み・変形・腫れ・しびれ)

その他()

きっかけ、原因はありますか？

①(交通事故・工作中的けが・スポーツ・不明)

②(交通事故・工作中的けが・スポーツ・不明)

その他()

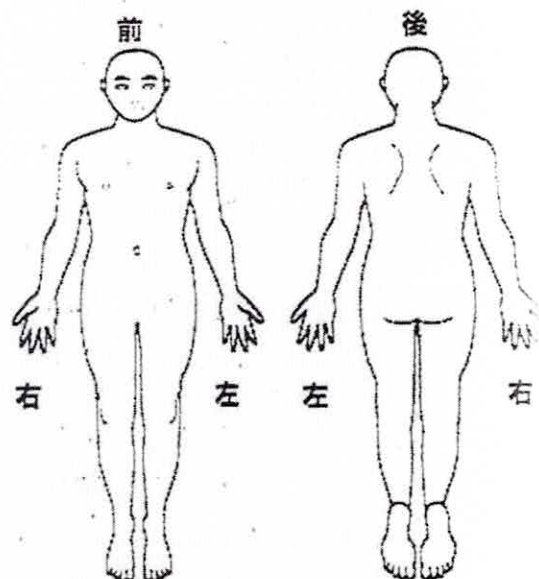
3. 現在治療中、又は今までにかかった病気を○で囲んで下さい

高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・胃潰瘍・喘息・

肝臓病・腎臓病・痛風・リウマチ・高脂血症

その他()

◆症状のある部位に○をつけて下さい
(部位が複数の場合は番号つけて下さい)



4. 現在服用しているお薬はありますか？(お薬手帳があればご提示下さい)

いいえ はい()

5. 過去に怪我や病気で手術または治療を受けたことがありますか？

いいえ はい()

6. 骨粗しょう症の早期発見・早期治療のため骨密度検査を希望しますか？

いいえ はい

7. 現在、虫歯の治療をしていますか？

いいえ はい

8. 今までに薬や注射・食品・ゴム手袋・金属などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ はい(お薬・食べ物などの名前→)

9. 女性の方へ

・現在妊娠中ですか？ はい いいえ ・現在授乳中ですか？ はい いいえ

10. 介護保険の認定を受けていますか？ はい・いいえ・申請中

認定を受けている方は左記に○印をつけてください。 要支援/要介護(1・2・3・4・5)

ご協力ありがとうございました。