

みやざき整形外科クリニック問診票

受診日 年 月 日

| | | | |
|------|------------|-----------|----------------------|
| フリガナ | | 男 | 生年月日 |
| お名前 | | 女 | 年 月 日 () 歳 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話 | | 携帯 | |
| 職業 | | 学生 | 大学生・専門・高・中・小()年生・園児 |
| スポーツ | 種目 () 回/週 | 身長 () cm | 体重 () kg |

●現在の症状について教えてください

・どのような症状にお悩みですか？

[]

・この症状が始まったのはいつからですか？

(年 月 日 頃)

・きっかけ、原因は何ですか？

[]

・この症状で現在あるいは過去に治療を

受けた(下も記入してください) 受けてない

病名 []

●上記以外の症状についてお聞かせください

・今までにかかった病気、手術があれば教えてください。

- リウマチ 喘息 糖尿病 高血圧
- 胃・十二指腸潰瘍 脳梗塞・脳出血
- がん(部位:)
- 骨折(部位:)
- 肝臓病 腎臓病 ペースメーカー(有・無)
- その他()

・過去に手術を受けたことがありますか

いいえ

はい []

●内服薬について教えてください

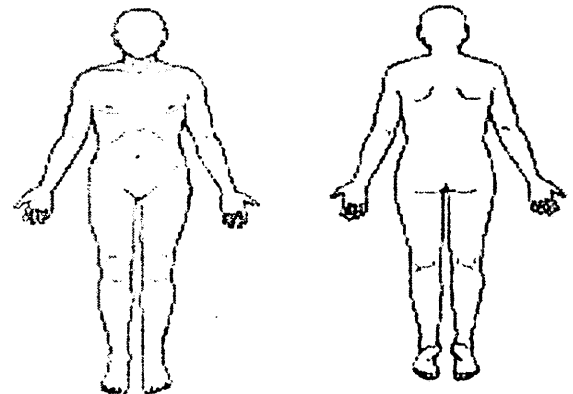
・現在何かお薬を飲んでいますか？

いいえ

はい ()

血液サラサラのお薬を飲んでいる

●具合の悪い部分に○をつけてください



●アレルギーについて教えてください

・薬のアレルギーはありますか？

ない

ある(薬の名前:)

●女性の方のみお答えください

・妊娠中ですか？ はい いいえ 不明

・授乳中ですか？ はい いいえ 不明

●来院のきっかけを教えてください

知人からの紹介 他院からの紹介

近所だから 看板 当院ホームページ

その他()

●本日「骨粗しょう症」の検査を希望されますか？

ご希望の方はスタッフへお声掛け下さい。

●介護保険の認定を受けている方は○をつけてください

要支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5

ご協力ありがとうございました。

ご提供いただきました個人情報、診療の目的のみに
利用させていただきます。