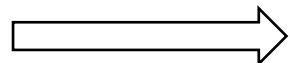


# 問診票

ふり がな			生 年 月 日	年      月      日生		
氏 名	男	女		(      ) 才		
住 所	〒	職 業		自 宅	—	—
					携 帯	—
※学生の方 学校名 (      )				) 部活 (      )		

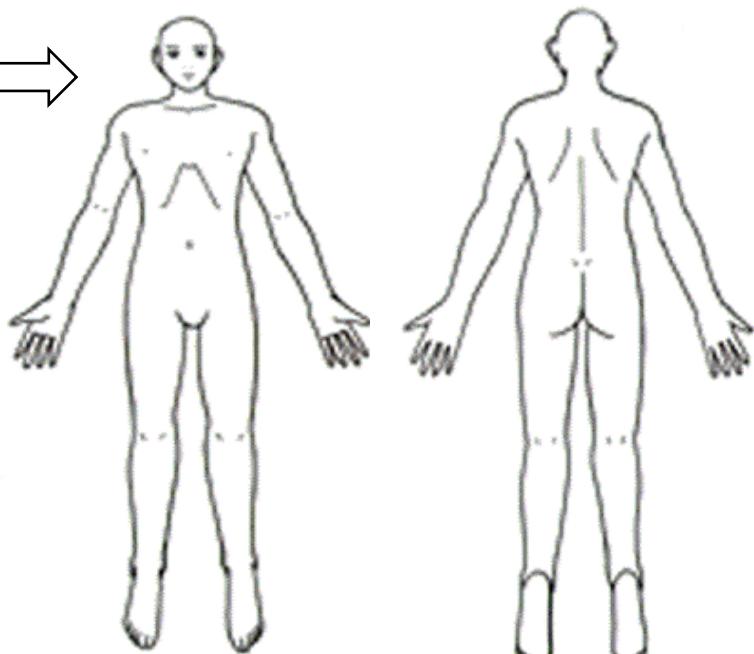
1) 右の図で悪いところに

印をつけてください



2) いつから悪いですか

月      日      頃



3) 症状に団をしてください

痛い   しびれる   動かしにくい

何かできている   はれている

骨粗鬆症の相談   出血している

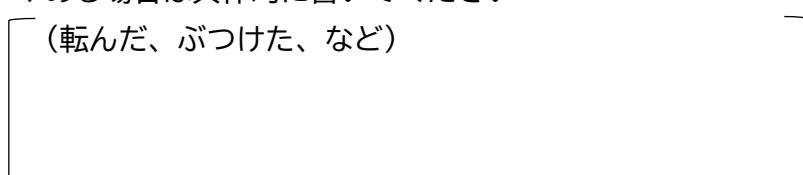
その他 (      )

4) 原因はありますか

ある   わからない

↓ある場合は具体的に書いてください

(転んだ、ぶつけた、など)



5) 今回のご症状で他の病院を受診したことはありますか?

受診あり→病院名[      ] 受診した時期[      ] 受診なし

6) 今飲んでいる薬はありますか

ある   ある お薬手帳持参   ない

↓お薬手帳のない方は書いてください



7) 女性の方へ

・現在妊娠されていますか

している   していない   不明

・授乳中ですか   はい   いいえ

8) 介護保険の認定は受けていますか

認定あり →区分に団をしてください 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

認定なし