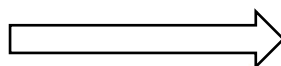


# 問 診 票

ふりがな			生年月日	年 月 日生 ( ) 才	
氏名		男 女			
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

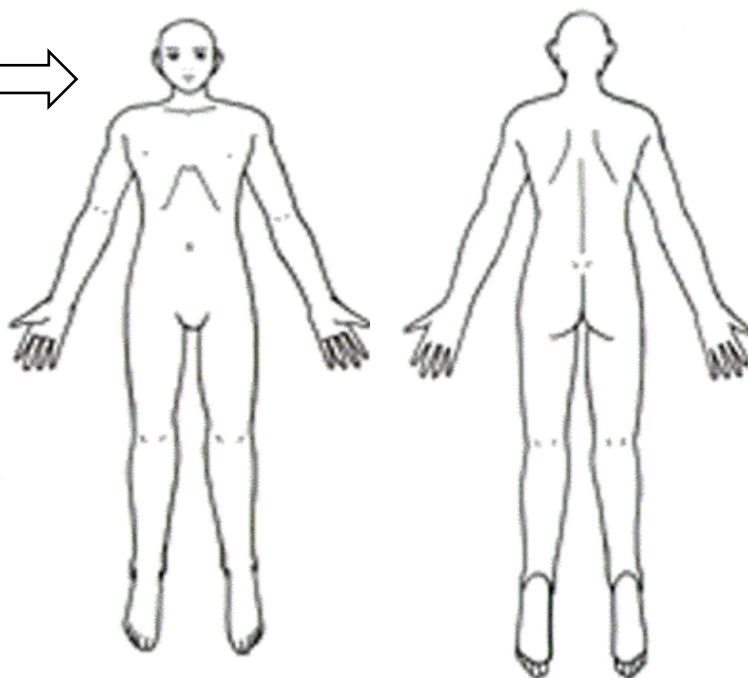


2) いつから悪いですか

月 日 頃

3) 症状に☑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☑をしてください 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5  
☐ 認定なし