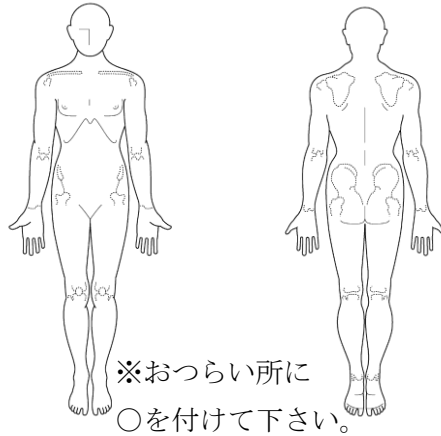


診察申込書

ふりがな		男	生年		
お名前		女	月日		歳
ご住所	〒	—	自宅電話		
			勤務先電話		
職業		勤務先		ご紹介者	

問診表

この問診表は診察の際に必要となりますので、出来るだけ正確にご記入下さい。プライバシーの保護は厳守いたします。



1. どのような症状ですか？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. いつごろから始まりましたか？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_頃

\_\_\_\_\_

3. 原因に心当たりがありますか？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ケガの場合は、下記の項目に○をお付け下さい。

1. 交通事故 2. 工作中 3. 学校 4. その他 ( )

現在服用しているお薬はありますか？

a. 血圧 b. 高脂血症  
1. 無 2. 有 c. 骨密度 d. 誘眠剤  
e. その他 ( )

今まで薬の副作用はありましたか？

1. 無 2. 有 ( )

過去に大きい病気や

ケガをしたことがありますか？

1. 無 2. 有 ( )

※女性の方のみ必ずご記入ください。

現在、妊娠をしている、又は妊娠の可能性はありますか？ 1. 無 2. 有

喫煙の習慣はありますか？

1. 無 2. 有 ( 本/1日)

晩酌の習慣はありますか？

1. 無 2. 有 ( ml)

障害保険の診断書を

発行しますか？

1. する 2. しない

当院では 60 歳前後の女性の方に定期的な骨密度の検査をお勧めしております。

骨密度の検査を 1. 希望する 2. 希望しない