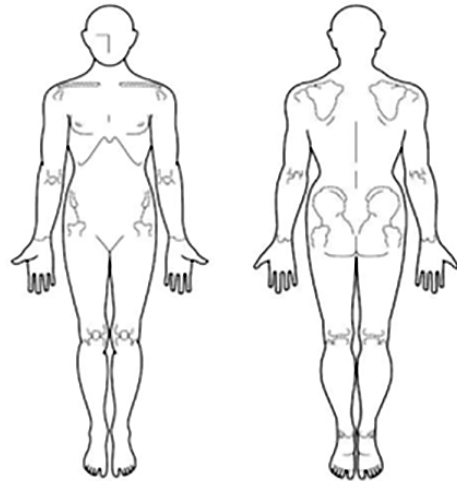


問 診 票

初診：平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日	歳
ご住所	〒			
電話番号		ご職業		<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚
身長	cm	体重	kg	

1. 今日はどうされましたか いつからどのような症状ですか



どのようなきっかけで起こりましたか？

気がついたら・突然・転倒・交通事故・不明
その他()

2. 現在治療中 または 今までにかかった病気はありますか

3. 現在 お薬を飲んでいますか？

いいえ はい→お薬手帳を(持っている・持っていない)
 薬アレルギー ない ある→(薬品名:)

4. 健康長寿のため、また骨粗しょう症を原因とする転倒や骨折、寝たきりの予防のために、65歳以上の女性、70歳以上の男性の方に骨密度検査をお勧めしています。

骨密度検査を(希望する・希望しない・最近検査を受けた・治療している)