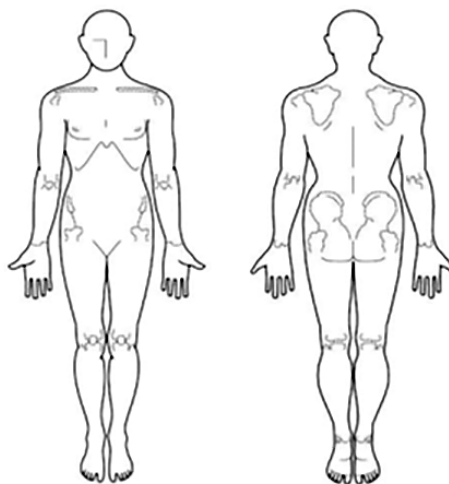


## 問診票

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. 女性の方にお伺いたします。現在妊娠中、または妊娠している可能性はありますか

いいえ  わからない  はい

5. 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)

ご記入頂きました情報は診療に必要な範囲のみ使用し当該目的以外には使用いたしません