

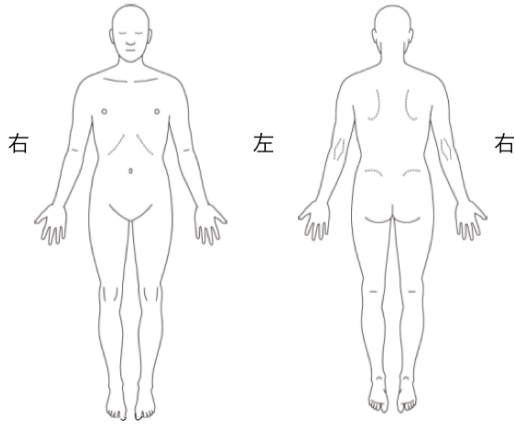


フリガナ		性別				年齢
氏名		男・女	生年月日	年	月	日
住所	〒	身長	cm	体重	kg	
		TEL				
職業・学年			スポーツ歴	(年)		

1、当院に希望されることは、

 症状の治療（注射・お薬・リハビリ）
 精密検査
 証明書・診断書の発行
 セカンドオピニオン

2、症状のある部位はどこですか？



3、どのような症状ですか

 痛い
 しびれている
 腫れている

 動かない（挙がらない・伸びない・曲がらない）

 その他（ ）

4、いつから症状がありますか？

() 頃から

5、きっかけは何ですか？

 特にない
 交通事故
 工作中・通勤中のけが

 転倒した
 ぶつけた
 ひねった

 スポーツ（ ）

6、この症状について、今までに治療を受けたことがありますか？

 いいえ
 はい → 診断名： 施設名： 期間：
 治療内容： お薬 注射 リハビリ その他（ ）

7、現在内服している薬はありますか？

 ない
 ある → 薬手帳の持参
 あり
 なし → わかる範囲で（ ）

8、今までにかかったことのある病気、又は治療中の病気があれば、教えてください

 高血圧（ 歳）
 糖尿病（ 歳）
 喘息（ 歳）
 胃潰瘍（ 歳）

 心臓病（ 歳）
 脳梗塞・脳出血（ 歳）
 肝臓病（ 歳）
 腎臓病（ 歳）

 痛風（ 歳）
 がん（ 歳）
 その他（ ）

9、今までに手術を受けたことがありますか？

 なし
 はい → どのような手術； いつ頃； 施設名：

10、薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ある場合は、その内容を教えてください

 ない
 ある → 薬（ ） 食べ物（ ）

11、女性の方のみお答えください

 妊娠中かどうか
 いいえ
 はい
 可能性がある
 授乳中ですか
 いいえ
 はい

 いつ頃閉経されましたか？（ ）歳

・当クリニックを知ったきっかけを教えてください。（当てはまるもの全てにチェックしてください。）

 紹介（ ）
 ホームページ
 ポストに入っていたチラシ
 新聞折込チラシ
 通りかかって

・骨粗鬆症の検査を希望されますか？

 はい
 いいえ
 話を聞いてから判断したい

最後まで、ご記入ありがとうございました。受付窓口までご提出ください。