

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢 ____ 歳

性別 男 女 (*女性のみ 妊娠なし 妊娠の可能性あり 妊娠中 授乳中)

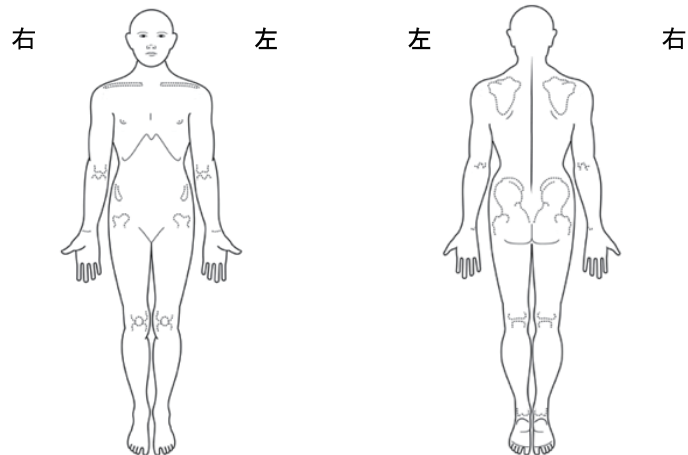
〒 - 携帯番号 - -

住所 _____

- ・ ご職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg
- ・ 来院のきっかけ 紹介 ホームページ 広告 新聞 テレビ 雑誌 講演会 通りがかり

来院目的	診察	リハビリ	検診(骨粗鬆症 運動器 がん)	セカンドオピニオン
------	----	------	-----------------	-----------

- ・ 今回はどうなさいましたか 怪我をした 痛い しびれる その他()
- ・ 今回の症状の原因 交通事故 通勤途中 勤務中 その他/不明
- ・ いつから症状がありますか 今日 () 日前 () カ月前 それ以前
- ・ 今回の症状で他の医療機関を受診したことはありますか いいえ はい
- ・ 怪我・痛み・しびれのある部位・範囲に○をお書きください



- ・ 現在、治療中の病気はありますか いいえ はい
 高血圧 狭心症 心臓ペースメーカー 腎障害 糖尿病 心筋梗塞 癌()
 喘息 脳梗塞・出血 高脂血症 その他()
- ・ 服用されている薬はありますか いいえ はい
- ・ 薬・食物アレルギーはありますか いいえ はい
- ・ 骨折歴はありますか いいえ はい
- ・ 手術を受けたことはありますか いいえ はい
- ・ 骨粗鬆症の検査・治療を受けたことはありますか いいえ はい
 いつから _____ 最終骨密度検査日 _____
- ・ 介護認定は受けていますか いいえ はい
- ・ 現在リハビリテーションを受けていますか いいえ はい