

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

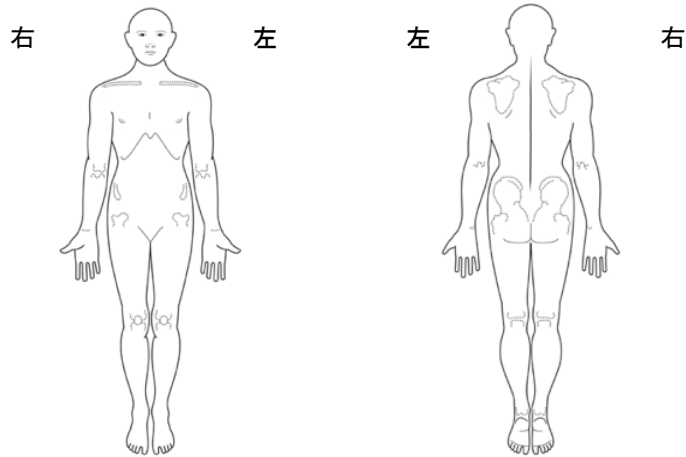
・ 今回はどうなさいましたか 怪我をした 痛い しびれる その他( )

・ 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