

問 診 表

20 年 月 日

ID

フリガナ		生年月日	
氏名	(男・女)	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)
フリガナ			
住所	〒 —		
電話番号	自宅 / 携帯 () —	身長：	cm / 体重： kg

— ” あり ” の場合は□枠内に詳細をご記入ください —

▼ マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得について

☐ 同意する ☐ 同意しない

▼ 今までにかかった病気や手術を受けたことはありますか？（ 時期もご記入ください ）

☐ なし

高血圧 喘息 糖尿病 腎障害 痛風

(例：大腿骨骨折手術 ○○病院 2010年4月)

▼ 現在、内服中のお薬はありますか？またどちらで頂いていますか？

(お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください)

☐ なし

薬剤名

▼ 薬、食品などのアレルギーはありますか？ (症状も詳しくご記入ください)

☐ なし

▼ 女性の方へ

☐ 妊娠中 (週) ☐ 授乳中 ☐ いいえ ☐ わからない

裏面もご記入ください

----- 本日の受診内容 -----

▼ いつ頃からですか？

☐ 今日 ☐ (月 日頃) ☐ () か月前 ☐ () 年前

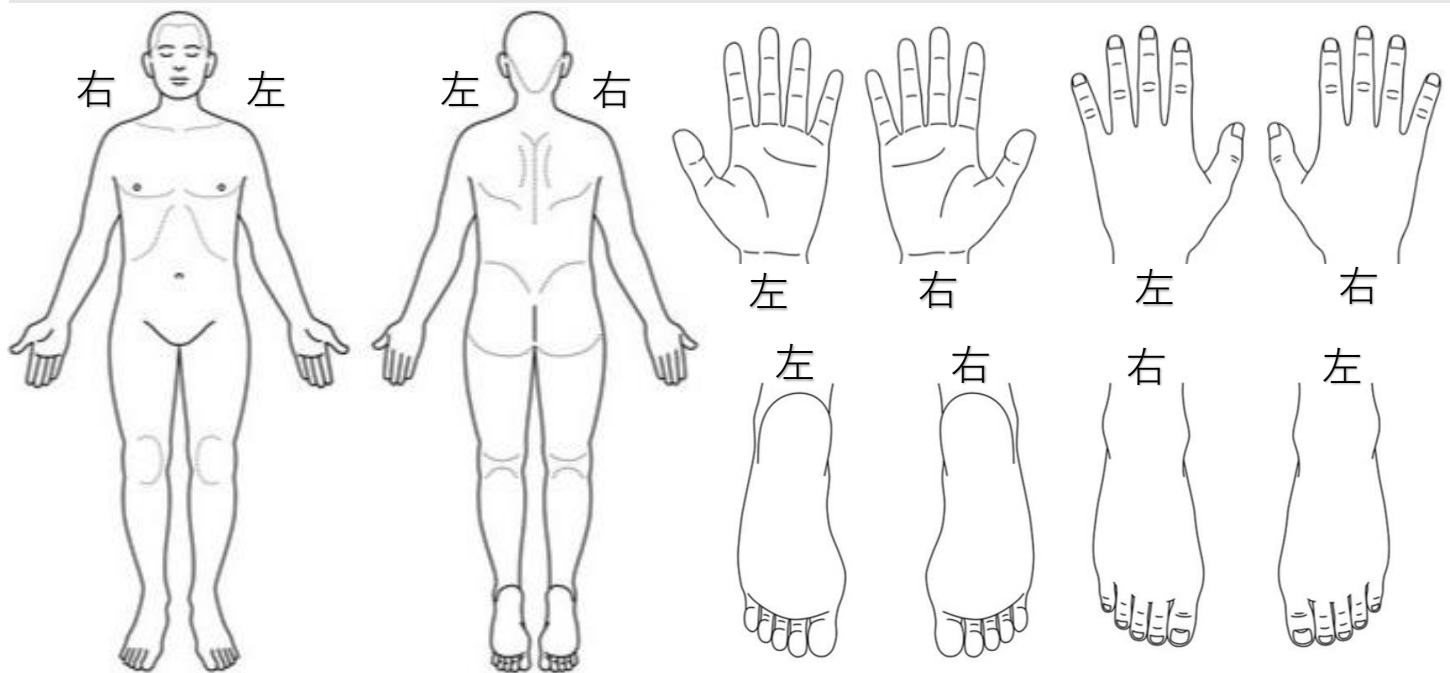
▼ 思い当たるきっかけ・原因はありますか？

☐ 転倒 ☐ 転落 ☐ ひねった ☐ ぶつけた ☐ はさんだ ☐ ひっぱった
☐ 原因不明 ☐ その他 ()

▼ どのような症状ですか？

☐ 痛み ☐ しびれ ☐ はれ ☐ 傷 ☐ 感覚が鈍い ☐ 変形 ☐ 赤い ☐ しこり
☐ 歩きにくい ☐ 曲げにくい ☐ 伸ばしにくい ☐ その他 ()

↓ 症状のある部位に○をしてください ↓



▼ 同様の症状で他で診てもらったことはありますか？

☐ 受診していない ☐ 受診した（施設名： ） ☐ 通院中（施設名： ）

▼ MRIを希望しますか？

☐ はい ☐ 相談 ☐ いいえ
（閉所恐怖症：あり）

▼ 骨粗鬆症検査を希望しますか？

（対象：女性40歳、男性50歳）
☐ はい ☐ いいえ

▼ 下記に該当する方のみチェックしてください

※ 書類は受付へご提出ください

☐ 交通事故 ☐ 労災 ☐ 健診（学校、職場、市民健診等での指摘）

▼ 当院をどのように知りましたか？

☐ 紹介（施設名： ） ☐ 知人 ☐ 広告・看板 ☐ ホームページ
☐ イオンタウン内 ☐ インスタグラム ☐ その他 ()

ご記入出来ましたら、受付にご提出ください。ご協力ありがとうございました。