

# 問 診 票

やまもと整形外科医院

本日はようこそお越し下さいました。お手数ですが、以下の項目にご記入をお願いいたします。

\*住所：〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 市・町・村 \_\_\_\_\_

\*電話番号： \_\_\_\_\_

\*携帯番号： \_\_\_\_\_

ふりがな

\*氏名： \_\_\_\_\_

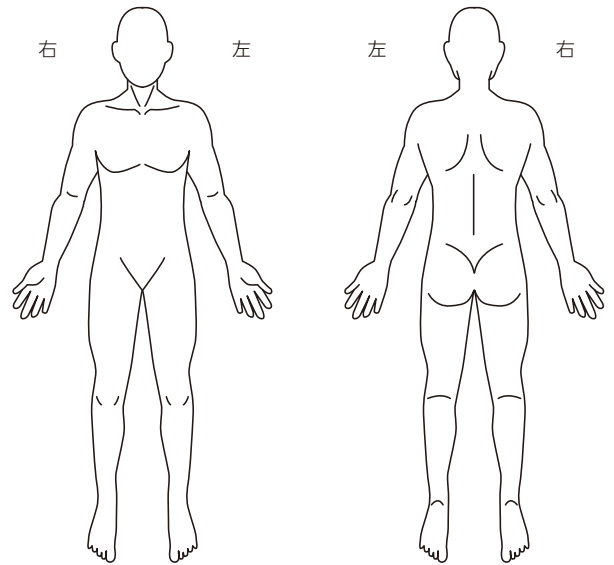
\*性別：( 男 女 ) \*年齢： \_\_\_\_\_ 歳

\*身長： \_\_\_\_\_ cm \*体重： \_\_\_\_\_ kg

\*生年月日：(明・大・昭・平) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\*本日はどういった症状で来院されましたか？

右図で具合の悪いところに○をつけてもらっても結構です。



\*それはいつから？ \_\_\_\_\_

\*何かきっかけになることはありますか？

(特にない 交通事故 けが 仕事 スポーツ その他)

\*今までに大きなけがや、病気をしたことがありますか？あるいは今治療中ですか？

(ない ある)⇒ \_\_\_\_\_

\*アレルギーはありますか？

(ない ある)⇒ 薬物 食物 金属 その他

\*現在の職業は？⇒ \_\_\_\_\_

\*定期的にスポーツを、(していない している) ⇒ 種目： \_\_\_\_\_

\*女性の方へ 妊娠の可能性(有 無) 現在授乳(している していない)

\*当院へこられたきっかけは？

家が近いから 職場が近いから 紹介(病・医院から 知人から) 通りがかり

広告をみて(ホームページ 看板 タウンページ 広報紙 他)

\*健康長寿のために、当院では骨粗しょう症を原因とする骨折・寝たきり予防のため、65歳以上の女性、70歳以上の男性には骨密度検査を受けることを勧めています。検査には保険が適用されます。

検査を(希望する 希望しない 説明を受けたい)