問　診　票

年　　月　　日

フリガナ		性 別	※65歳以上の方
氏　　名	様	男・女	介護認定の有無 □なし　□あり
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳		
住　　所	〒　　－		
電　　話	[自宅]　　－　　－　　[携帯電話]　　－　　－ ※未成年の方は保護者の方の番号をご記入ください。		
勤務先名	[電　　話]　　－　　－		

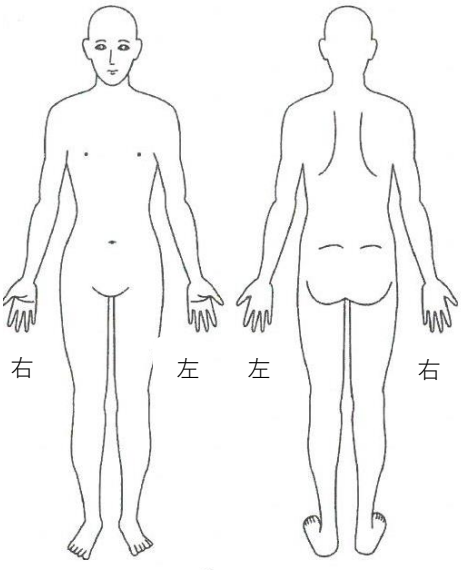
1.今日はどうされましたか？（症状に○をつけてください。複数可）

痛み　　腫れ　　傷

しびれ　　しこり　　変形

その他

※症状がある部位を下図に記してください



2.それはいつからですか？

年　　月　　日

3.原因は何ですか？（○をつけてください。複数可）

原因不明　　外傷（ ひねった ・ ぶつけた ・ その他 ）

交通事故　　労災　　学校

その他

4.お仕事の内容をお聞かせください

事務系　　運転手　　営業　　販売員　　無職

建築土木関係　　学生　　主婦　　その他（　　）

5.今日の症状の事で当院以外の医療機関に受診しましたか？

はい（医療機関名：　　）・ いいえ

6.過去にかかった病気または、現在治療中の病気はありますか？

はい　・　いいえ

高血圧　　糖尿病　　喘息　　心臓病（ ペースメーカーの 有 ・ 無 ） ※抗凝固剤内服の有 ・ 無

脳疾患　　肝臓病　　腎臓病　　がん　　精神疾患（　　）

7.本日　お薬手帳をおもちですか？

はい　・　いいえ

8.今までお薬を飲んで、アレルギーなど副作用が出た経験はありますか？

なし　・　あり →薬剤名（　　）

9.女性の方へ…現在妊娠またはその可能性がありますか？　はい ・ いいえ　　授乳中ですか？ はい

10.その他、何かご希望などございましたらご記入ください。

MRI　・ 骨密度 ・ その他（　　）

11.骨粗鬆症の検査・治療に関心はございますか？　はい ・ いいえ

○　当院をどのように知りましたか？

□知人・家族からの紹介　□インターネット　□他の医療機関からの紹介（医療機関名：　　）

□イベントで知って　　□近所　　□広告を見て　　□その他（　　）