

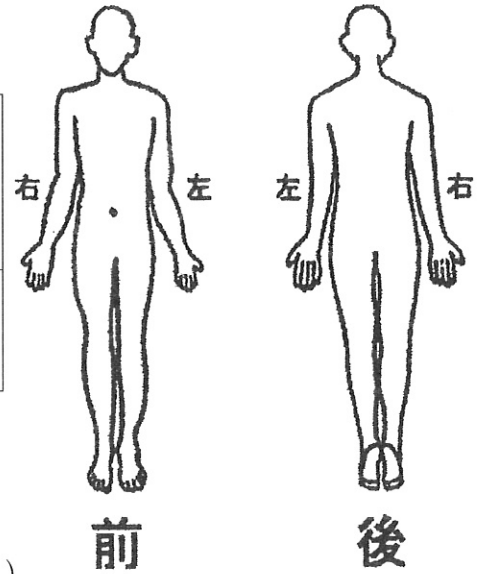
氏名

ID

1. 今日どちらの具合がわるいですか？

症状のあるところに○を付けてください（右図）

| | |
|----|--|
| 部位 | 手(指)・腕・肘・肩・足・ひざ・股(ふとももの付け根) 首・背中・腰・胸 その他 () |
| 症状 | 痛み・しびれ・はれ その他 () |



2. 今回の症状はいつ頃からですか？ ()

3. その原因をご記入ください。

交通事故・仕事上の事故(労災)・転倒・不明

その他 ()

4. 今回の症状で他の病院を受診しましたか？ (はい・いいえ)

| | |
|-------------|--|
| 医療機関名 | |
| いつ頃受診しましたか？ | |

5. 今までにかかった、あるいは現在治療中の病気がありますか？(はい・いいえ)

| | |
|-----|---|
| 病院名 | |
| 病名 | 高血圧・心臓病・糖尿病・肝臓の病気・腎臓の病気・甲状腺の病気 脳 <small>の</small> の病気・肺 <small>の</small> の病気・喘息・婦人科 <small>の</small> の病気・血液 <small>の</small> の病気・認知症・うつ コレステロール・その他 () |

6. 現在、内服中ですか？ (はい・いいえ)

お薬手帳を持っていますか？ (はい・いいえ)

7. 過去に手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

はいと答えた方は、主な手術をご記入ください。

()

8. アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

9. 現在妊娠中ですか？ (はい・いいえ) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)

10. 健康長寿のために、当院では骨粗鬆症を原因とする転倒や骨折、寝たきりの予防のため、50歳以上の女性には、骨密度検査をおすすめしております。

骨密度検査を

(希望する・希望しない・最近 検査を受けた・治療をしている)