

ふりがな.....

氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ (大・昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才)

自宅住所 〒 _____ 電話 _____
_____ 携帯 _____

勤務先・学校名 _____ 緊急連絡先 _____

※マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか？

はい → カードリーダーを使用し、診療情報取得に同意されましたか？ (はい・いいえ)
いいえ

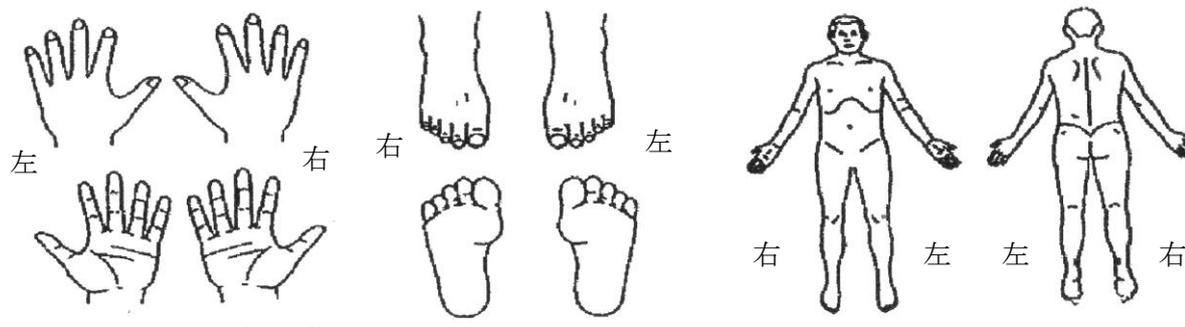
※骨密度検査について (40歳以上の方 保険適用)

当院では健康長寿を目標に、骨粗鬆症を原因とする転倒・骨折、寝たきりの予防のため
閉経後の女性 (特に 65 歳以上の女性)、70 歳以上の男性に検査をおすすめしています

骨密度検査を [希望する ・ 希望しない ・ 最近受けた (いつ _____) ・ 治療中]

※症状のある部位はどこですか？(図へ○して下さい)

利き手(右・左)



※どのような症状ですか？(下記に該当するものがあれば○をして下さい)

安静時痛(日中・夜間)、歩行時痛、階段痛(上り・下り)、荷重時痛、可動制限、座位痛、立位痛、
(左・右)運動(時)痛(曲げ・伸ばし・捻り)、寝返り痛、起き上がり痛、立ち上がり痛・しゃがみ痛、
腫れ、変色、発赤、熱感、動かない、違和感、だるさ、はり感、咳・くしゃみ痛、
呼吸痛・深呼吸痛、開脚痛、脚上げ痛、挙上痛 (制限・不可) 腕後方回し痛 (制限・不可)
水平運動痛 (制限・不可)、衣服着脱痛、シビレ (下肢→シビレ・痛み 上肢→シビレ・痛み
手指→シビレ) 頭痛、めまい、吐き気、
その他(_____)

※いつ頃から症状はありますか？ 今日から・ _____ 前から・ _____ から

※原因はありますか？ [有・無]

※他の病院や整骨院などで治療を受けられましたか[はい (施設名) いいえ]

※どなたかのご紹介ですか? [はい (ご紹介者) いいえ]

※本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? [はい・いいえ]

※現在、他の医療機関へ通院していますか?[はい (施設名) いいえ]

○既往症 あり・なし (糖尿病・高血圧・喘息・心臓 (手術 有・無) 脳疾患 (手術 有・無))

○手術歴 あり・なし ()

※シップなどでかぶれやすいですか? [はい・いいえ・わからない] パップ() テープ()

※薬・注射・食品等アレルギーはありますか? [有 () 無]

※現在服用している薬はありますか? [有・無] (お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします)

(薬情) [血圧・糖尿・コレステロール・骨・風邪・胃・痛み止め・アレルギー・喘息・他]

※女性の方 妊娠中または妊娠の可能性がありますか?[はい (ヶ月)・いいえ]

授乳中ですか?[はい・いいえ]

※65歳以上の方 (現時点で) 介護認定を受けていますか?[はい(要介護 要支援)・いいえ]

※お仕事についてお聞かせ下さい[事務 営業 ドライバー 立ち・歩き仕事 製造 建築 倉庫 調理
飲食 接客 介護 保育 無職 他()]

※スポーツはされていますか?[有 ・ 無]

※特定健診をこの1年間に受けた事がありますか?[はい (年 月頃) 施設名; ・いいえ]

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者さんの診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をよろしくお願い致します。