

お名前

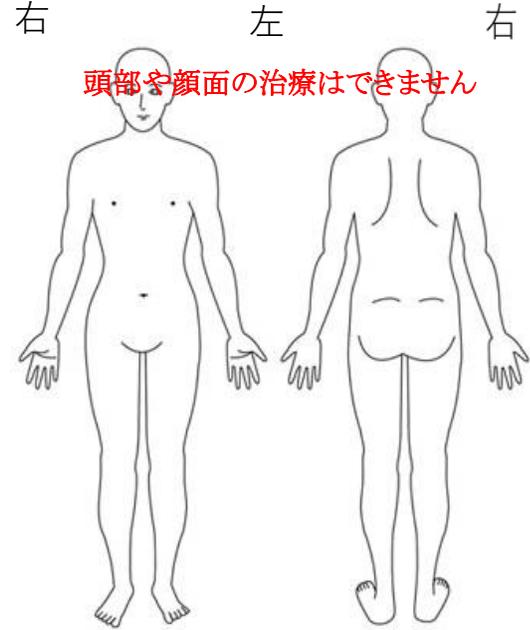
年齢

才

1. 症状と原因・時期を具体的に御記入下さい

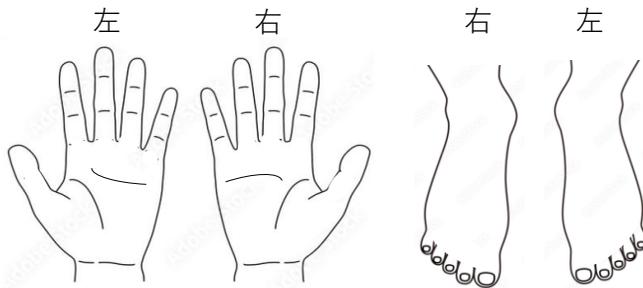
- 1) 症状 痛い・しびれる・だるい・切った
 背が縮んだ・背中が丸くなった
 その他()

症状のある場所に○をつけて下さい



- 2) いつからですか？(月 日 頃)

- 3) 原因 ころんだ・ひねった・スポーツ
 交通事故・特になく、段々と
 その他()



2. 現在と過去の病気を○で囲って下さい

- あり 高血圧症 脳疾患 心臓病 甲状腺 骨粗鬆症 糖尿病 婦人科疾患
 ・ その他の病気や骨折など()
 なし

3. 薬や注射で副作用をおこしたり、湿布にかぶれた事がありますか？

- ある() ・ なし

4. アレルギーはありますか？

- 喘息 ・ 食物 ・ その他 () ・ なし

5. 骨粗鬆症検査を希望しますか？(交通事故・労災の方は有料となります)

- はい ・ いいえ

6. 女性の方のみ必ず御記入下さい

- 1) 現在妊娠又は妊娠している可能性はありますか？ はい(妊娠 ヶ月) ・ いいえ
 2) 閉経しましたか？ はい (才) ・ いいえ

女性50才~方のみ御記入下さい

- 1) 身長 cm ・ 体重 kg
 2) 現在喫煙していますか？ はい ・ いいえ
 3) 毎日アルコール(グラスビールやワイン3杯以上)を飲んでいませんか？ はい ・ いいえ
 4) 両親で股関節(脚の付け根)の骨折をした方はいますか？ はい ・ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。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お願い致します。