

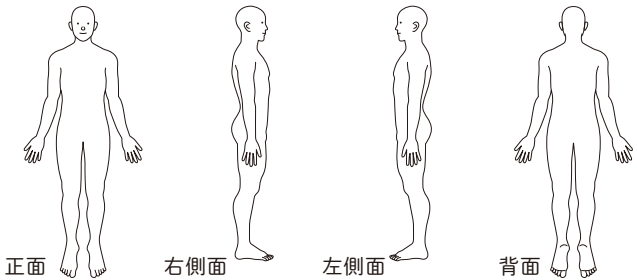
# 問診票

ご記入日 年 月 日

No.

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	身長	cm
お名前	(男・女)	年 月 日	年齢 ( ) 歳	体重	kg
ご住所	〒 -	電話番号	ご自宅	携帯	
		仕事	職業 ( ) <input type="checkbox"/> 重いものを持つことが多い <input type="checkbox"/> パソコンをよく使う <input type="checkbox"/> 中腰が多い <input type="checkbox"/> その他 ( )		
ご来院のきっかけを教えてください。		<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ご家族・知人の方からのご紹介 → お名前 ( ) <input type="checkbox"/> 看板 ( <input type="checkbox"/> 道路看板 <input type="checkbox"/> 電柱看板 ) <input type="checkbox"/> 病院・診療所のご紹介 → 病院名 ( ) <input type="checkbox"/> クリニック前を通して <input type="checkbox"/> 検索サイト ( <input type="checkbox"/> google <input type="checkbox"/> yahoo <input type="checkbox"/> 病院ナビ ) <input type="checkbox"/> 以前通ったことがあった <input type="checkbox"/> チラシ ( <input type="checkbox"/> サンデー <input type="checkbox"/> 折り込みチラシ <input type="checkbox"/> ポスター )			
速やかに薬をうけとるために薬局に処方箋情報をお送りしてもよいですか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

該当する項目に  を付けてお答えください。

症状のある部位はどちらですか？	<input type="checkbox"/> けい椎 (くび) <input type="checkbox"/> 肩 (右・左) <input type="checkbox"/> ひじ (右・左) <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 指 (右・左) □ 手の甲 □ 手のひら □ おや指 □ 人差し指 □ なか指 □ くすり指 □ 小指 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> おしり <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> ひざ (右・左) <input type="checkbox"/> 足くび (右・左) <input type="checkbox"/> 足 (右・左) <input type="checkbox"/> かかと (右・左) □ 足の甲 □ 足の裏 □ おや指 □ 人差し指 □ なか指 □ くすり指 □ 小指 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日 ( ) 時頃から <input type="checkbox"/> ( 月 日 ) から <input type="checkbox"/> ( ) 週前から <input type="checkbox"/> ( ) ケ月前から <input type="checkbox"/> ( ) 年前から			
原因はありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒 (立っている高さから) <input type="checkbox"/> 転落 (階段1段以上) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
どのような症状ですか？	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> その他 ( ) □ 痛みやしびれはどの程度でしょうか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わずか <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> かなり <input type="checkbox"/> これ以上無いくらい □ 痛みやしびれがある方は範囲を図示いただけますか？ 			

裏面に続きます→

<p>その症状に対して他の病院で治療を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>※「ある」とお答えの方 ▶▶▶</p>	<p>* 治療歴は大切です。覚えられている範囲でお書きください。</p> <p><input type="checkbox"/> 内服（内容： ）</p> <p><input type="checkbox"/> 注射</p> <p><input type="checkbox"/> ブロック注射 <input type="checkbox"/> 関節内注射 <input type="checkbox"/> トリガーポイント注射</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p>
<p>今回の症状以外でかかっている病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>※「ある」とお答えの方 ▶▶▶</p>	<p><input type="checkbox"/> 胃潰瘍・胃炎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血</p> <p><input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病</p> <p><input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> リウマチ</p> <p><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（部位： ）</p> <p>※骨転移を指摘されたことがある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p>
<p>現在内服中のおくすりはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>※「ある」とお答えの方 ▶▶▶</p> <p>* おくすり手帳をお持ちの方は、受付にお預けください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> 血液をさらさらにする薬</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病（<input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射）</p> <p><input type="checkbox"/> 痛み止め（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 胃薬（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p>
<p>アレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>※「ある」とお答えの方 ▶▶▶</p>	<p><input type="checkbox"/> 薬（種類： ）</p> <p><input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p>
<p>理学・作業療法士によるマンツーマンのリハビリを希望されますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 医師の指示があれば受ける</p>	
<p>介護保険をお持ちですか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p>※「はい」とお答えの方 ▶▶▶</p>	<p><input type="checkbox"/> 要支援（1・2）</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）</p>

### 女性の方へ

<p>妊娠されていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>現在月経は？</p> <p><input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経している（ ）歳</p>	

### 骨粗鬆症検査について

<p>骨粗鬆症検査を希望されますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	
<p>骨粗鬆症検査を受けられたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>※「はい」とお答えの方 ▶▶▶</p>	<p>現在治療中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>

閉経後は女性ホルモンが急激に低下するため、骨折リスクが高まります。

当院では閉経された方に骨密度の検査をおすすめしています。

**付き添いの方も閉経後であれば検査をおすすめします。**

男性の方も65歳を過ぎたら一度骨密度を測定しましょう！

検査は10分程度で終了し、痛みもありません。

ご希望の方はお気軽にスタッフまでお伝え下さい。

日本骨粗鬆症学会認定医  
院長 伊達 亮



ご記入お疲れ様でした。お手数ですが、受付までお持ちいただくと幸いです。