

氏名 _____ ID _____ 年齢 _____

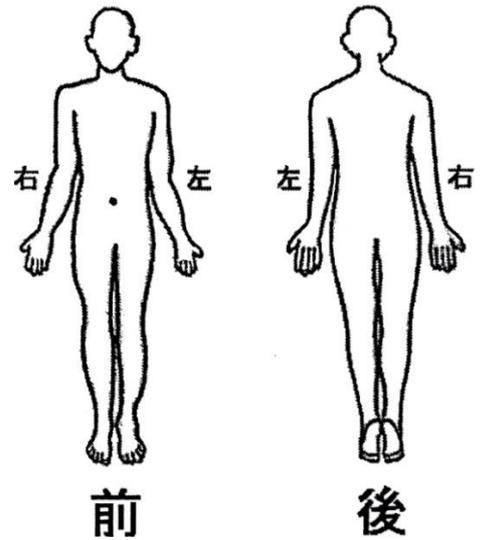
身長 _____ cm 体重 _____ kg ご職業 _____ スポーツ _____

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）

2. 具体的な症状をお書きください。
（痛み、しびれ、はれ、 _____ ）

3. 今回の症状はいつ頃からですか？（ _____ ）

4. その原因をご記入ください。
交通事故・工作中的事故（労災）・転倒・不明
その他（ _____ ）



5. 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？	

6. 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(ペースメーカーあり・なし)・糖尿病・肝臓の病気・腎臓の病気・目の病気 甲状腺の病気・脳の病気・肺の病気・喘息・婦人科の病気・血液の病気・認知症・うつ コレステロール・その他（ _____ ）

7. 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）

8. 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。
（ _____ ）

9. アレルギーはありますか？（はい・いいえ）

10. 現在妊娠中ですか？（はい・いいえ） 授乳中ですか？（はい・いいえ）

11. 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）

12. 介護保険申請を行っていますか？（はい・いいえ）
はいと答えた方は、介護区分をご記入ください（ _____ ）

身体障害者手帳を持っていますか？（はい・いいえ）
はいと答えた方は、等級をご記入ください（ _____ ）