

問 診 票 (令和 年 月 日)

フリガナ	生年月日
氏名 男・女	大正 昭和 平成 令和 (西暦) 年 月 日 満 才
住所 〒 (Tel. 携帯)	
職業(職種)：事務職 営業 農業 建築土木 介護職 販売 製造業 学生 主婦 無職 その他 ()	仕事内容(具体的に)：
スポーツ歴：	身長/体重： c m/ k g

1. どのような症状ですか？ (交通事故 工作中 スポーツ その他)

いつ頃からですか？ _____

上記の症状について、他の医療機関を受診しましたか？ (受診した 受診していない)

医療機関名： _____

紹介状(有・無) 画像(有・無)

2. 過去に入院歴・手術歴や現在治療中の病気はありますか？

あれば記入下さい。

ある 病 名： _____

なし 医療機関名： _____

手術歴： _____ 入院歴： _____

3. 何かお薬を飲まれていますか？ お薬手帳持参(有・無)

ある 薬品名： _____

なし _____

4. アレルギーはありますか？ アルコールアレルギー(有・無)

ある 薬品名、食品名、その他： _____

なし _____

5. その他、診察に関して医師に伝えておくことがありますか？

ある _____

なし あるが、診察室内で伝える

6. 該当者の方はご記入ください。

飲酒 なし

喫煙 (年) 喫煙なし (禁煙中 年)

現在妊娠中 (ヶ月) なし

現在授乳中 なし

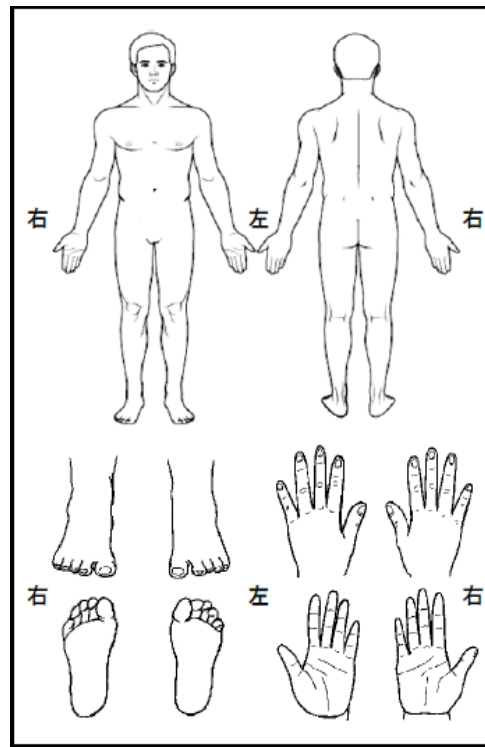
7. 健康長寿のために、当院では骨粗しょう症を原因とする転倒や骨折、寝たきりの予防のため、**65歳以上の女性、70歳以上の男性の方には骨密度検査をおすすめしております。**

骨密度検査を(希望する・希望しない・最近、検査を受けた・治療を開始している)

*希望するに○した方で現在、歯科治療をしている はい いいえ ★検査結果は当日ご説明します。

8. 介護保険証はお持ちですか？ あり なし その他(要支援 要介護)

氏名、住所、連絡先に変更がありましたらご記入ください。



記載内容については診療目的以外には利用致しません。ご協力ありがとうございました。

月に一度保険証の確認をさせていただきますので、保険証の提示にご協力お願いします。