

## 問診票

お名前

体温：

他院からの紹介状 ☐ 有 ☐ 無 画像データ ☐ 有 ☐ 無 1年以内の健康診断の有無 ☐ 有 ☐ 無

今日はどうされましたか？

## 【整形・皮膚症状】

☐ 痛み ☐ しびれ ☐ 傷がある ☐ 腫れ ☐ 赤み ☐ かゆみ ☐ ほてり ☐ 水ぶくれ

## 【内科症状】

☐ 発熱 ☐ 喉が痛い ☐ 鼻水/鼻づまり ☐ 咳 ☐ 体がだるい ☐ 痰 ☐ 頭痛☐ 腹痛 ☐ お腹が張る ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 吐き気/嘔吐 ☐ 血便 ☐ 食欲がない

## 【その他】

☐ ( )

思い当たる原因について

( )

いつから症状がありますか？

月 日

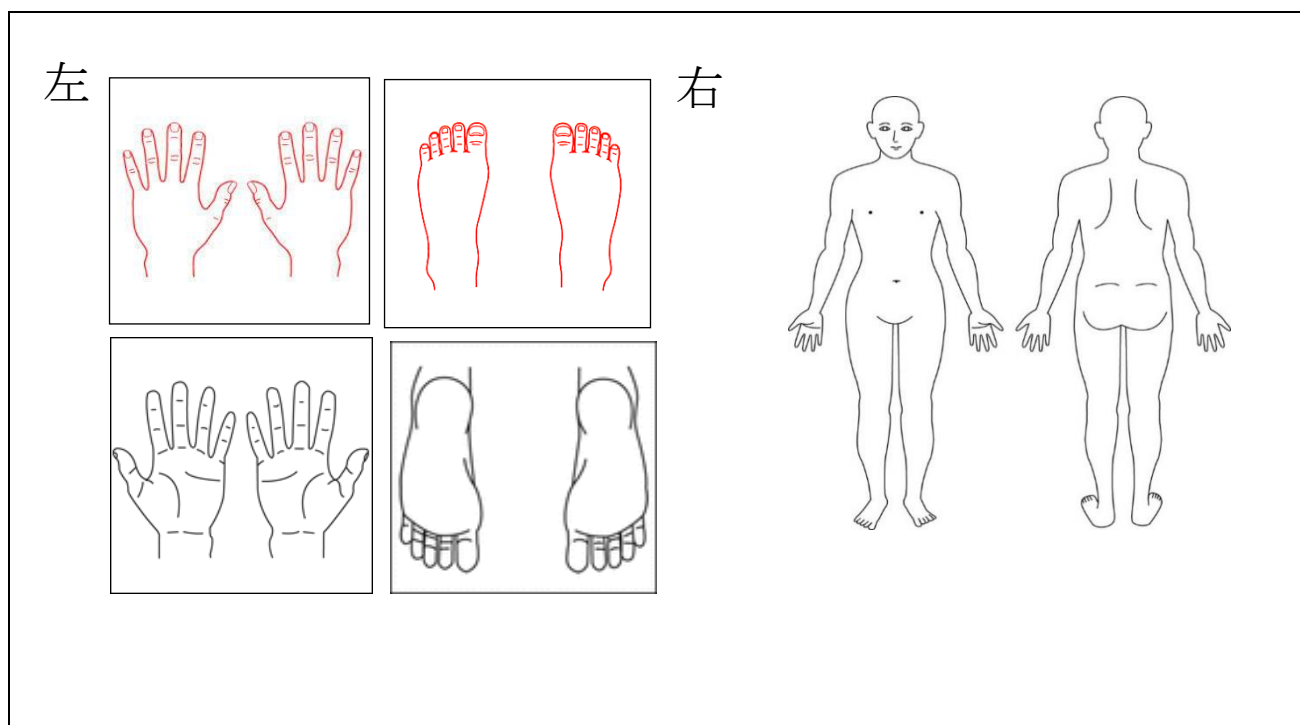
希望される検査・治療はありますか？

☐ レントゲン検査 ☐ エコー ☐ 血管年齢 ☐ 体組成計 ☐ 自費注射 ☐ 認知機能検査☐ 骨密度検査 (40歳以上の女性、50歳以上の男性は保険適応です)☐ リハビリ (理学療法士による専門的な個別性に合わせた訓練)☐ 物理療法 (疼痛緩和・血流改善のための医療機器を用いた治療)☐ マッサージ (柔道整復師) ☐ その他 ( )

《以下は3ヶ月以内に当院を受診したことがある方は記入不要です》

|         |                                                                                                                   |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ご職業     | (職種： ) 学生 主婦 パート・アルバイト 無職                                                                                         |
| 治療中の病気  | ( )                                                                                                               |
| 喫煙の有無   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (喫煙歴： 年、1日の本数： 本/日)                                         |
| 妊娠の有無   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 授乳の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 既往歴     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に： )                                               |
| 骨折歴・手術歴 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>いつごろ： 部位<br>術式：                                          |
| 内服中の薬   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※お薬手帳をご準備下さい                                                |
| アレルギー有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )                                                         |
| 運動習慣    | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (具体的に： )<br>運動歴 ( ) 年 運動頻度： ( )                      |
| 飲酒      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ビール・日本酒・ワイン・その他： 、 ml/日)                                   |
| 介護認定    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 要介護 ( ) または 要支援 ( )                                         |

裏面もあります→



骨折歴がある方、40 歳以上の方は下記（ ）内の体重・年齢を記載をお願いします。

### 骨粗鬆症のリスク表《FOSTA 指標》

（体重（ ） k g 一年齢（ ） 歳）×0.2

=FOSTA 指標\_\_\_\_\_

あなたの骨粗鬆症リスクは（ ）です。

低リスク群：マイナス1より大きい

中リスク群：マイナス4～マイナス1

高リスク群：マイナス4未満

中～高リスクの方は医師の判断で骨密度検査をご案内する事があります。

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いたします。

◆医療情報取得加算 1 点

来院のきっかけ：□武蔵境病院 □ホームページ □紹介 □近所 □その他（ ）

※待合室で看護師が症状の詳細を問診させていただきます。ご了承下さい。

**裏面もあります→**