

受 診 申 込 書

ふりがな		男 ・ 女	生年月日・年齢
患者氏名	様		大・昭 平・令 年 月 日()歳
住 所	〒 -		電話① () 電話② ()

当院使用

問診

登録

入力

20260318Ver.

* (女性のみ) 現在妊娠中ですか? (※はい・いいえ) ※はいの方は診察時お申し出ください。

* 本日は骨粗しょう症の2次検診(精密検査)のために来院されましたか? (はい・いいえ)

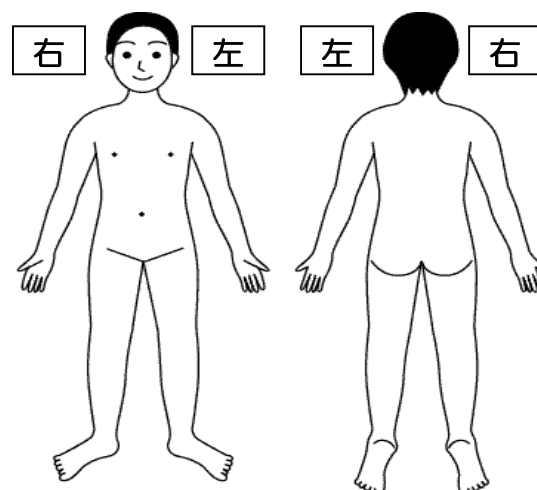
骨粗しょう症検査(骨密度測定)を希望されますか? (はい・いいえ)

※過去1週間以内に、造影剤を使用した検査(CT・MRI・血管造影・バリウムなど)を受けられた方は、本日の検査は行えません。

● 具合の悪い場所、痛い場所、気になる場所はどこですか?

図または下記に○をつけてください。複数でも結構です。

くび(頸部) 背中 こし(腰部) おしり(臀部)
かた(肩) ひじ(肘) 手 手のゆび
股関節 ひざ(膝) 足くび 足 足のゆび
その他()



● それはいつからですか?

➤ 今日 昨日 () 日前
() 週前 () 月前
年 月 日から

右手

左手

● 原因は何ですか? ○をつけてください。

交通事故 学校のケガ 仕事・通勤中のケガ(件目)

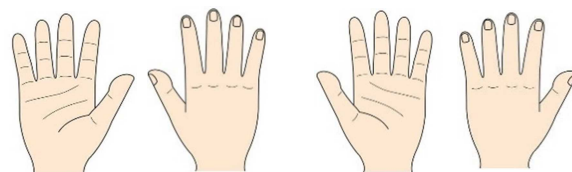
受傷日(ケガをした日) 年 月 日

労災の場合 勤務先の名称: _____

勤務先 TEL: ()

スポーツ() 転倒など不慮のケガ

特に原因は思いつかない その他()



フェイススケール

痛みがない ほんの少し痛い 少し痛い 中くらい痛い とても痛い これ以上の痛みがないほど痛い



0~5のいずれかに○をつけてください → 0 1 2 3 4 5

2 枚 目 も ご 記 入 く だ さ い



- 今回の症状で、ほかの病院や接骨院、整骨院などで治療中ですか？（※はい・いいえ）

➤ 治療中の医療機関名：（ ）

➤ 病名は何と説明されていますか？（ ）

※紹介状、検査画像（レントゲンフィルム、CD-R など）をお持ちの方は、受付にご提出ください。

- これまでにかかった病気、またはいま治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

糖尿病 ぜんそく 高血圧 心臓病（不整脈、狭心症、心筋こうそく） 脳こうそく/脳卒中

胃かいよう/十二指腸かいよう 甲状腺の病気 がん/腫瘍（ ） 認知症

目の病気 歯の病気 パーキンソン病 骨粗しょう症 心療内科疾患（不安神経症、うつ病など）

その他（ ）

- いま、何かお薬をのんでいますか？（はい・いいえ） お薬手帳持参（あり・なし）

- お薬、食べ物のアレルギーはありますか？（※はい・いいえ）※はいの方は症状もお書きください。

➤ （ ）

- 手術を受けたことはありますか？（はい・いいえ）

➤ 部位・手術名（ ）

- 介護保険は申請していますか？（※はい・いいえ）※はいの方は以下もお書きください。

➤ 該当する要介護度に○をつけてください。

（要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5）

➤ 担当ケアマネジャーの名前（ ） 電話番号（ ）

➤ 利用されているサービス（当てはまるもの全てに✓をつけてください。）

☐ デイサービス ☐ ホームヘルプ ☐ ショートステイ ☐ 訪問看護

☐ 通所リハビリテーション ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 小規模多機能型居宅介護

☐ その他（内容： ）

- この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？（はい・いいえ）

- 心配なことや気になること、検査・治療について知りたいこと、ご要望などを自由にご記入下さい。

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お願いいたします。◆医療情報取得加算（初診時）1点

ご記入ありがとうございました。診察までしばらくお待ち下さい。



医療法人社団青嶺会

