（　　℃）

問　診　票

年　　月　　日

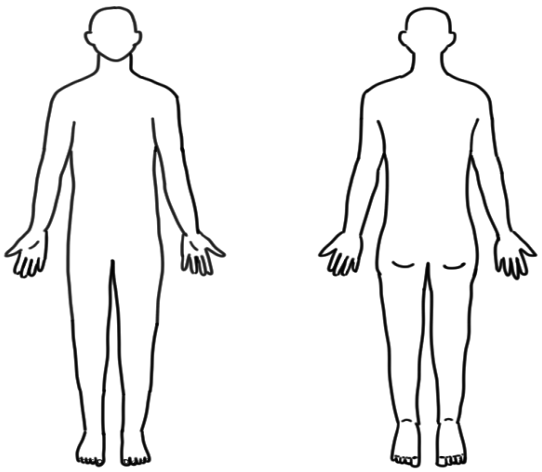
フリガナ 氏名		男・女	生年月日	大正　・　昭和　・　平成　・　令和 年　　月　　日（　　歳）
自宅住所	〒		身長	cm
			体重	kg
電話番号		緊急連絡先	（続柄：　　）	

●来院のきっかけとなった症状をなるべく詳しくお書きください

痛みの場所を赤色

しびれの場所を青色

違和感の場所を黒色でお書きください



※どのような症状ですか？

※その症状はいつからですか？

●これまでの主な職種

●これまでの主なスポーツ歴

●今までにかかった病気、けが、治療はありますか？　　はい　・　いいえ

「はい」の方は、該当する箇所に〇をつけてください

高血圧　糖尿病　腎臓病　肺炎　結核　関節リウマチ　膠原病　パーキンソン病

不整脈　心筋梗塞　心不全　狭心症　脳梗塞　脳出血　下肢静脈瘤

喘息（最終発作：　年前）　前立腺肥大　肝炎(B型・C型)　感染症(HIV・梅毒)

悪性腫瘍(がん)(部位：　)　新型コロナウイルス感染症(発症時期：　年　月)

上記以外のご病気があれば記入してください

手術歴があれば、いつ頃何の手術をしたのがご記入ください

●現在までに骨粗鬆症の治療で注射をされたことはありますか？　　はい　・　いいえ

「はい」の方は該当する治療について〇をつけてください

イベニティ・テリボン・プラリア・ボンビバ・エルシトニン・自己注射（毎日・週2回）

その他(　　)・名前は分からないが（週1回・月1回・半年に1回）打っていた

裏面もございます

●体内に金属を入れる手術を受けたことはありますか？　　はい　・　いいえ
「はい」の方は、該当する箇所に〇をつけてください
ペースメーカー　ステント　金属プレート　シャントチューブ　クリップ　その他（　　）
→MRI撮影は可能でしょうか？　　はい　・　いいえ　・　分からない
「分からない」に〇をされた方は、その手術を受けた医療機関名をご記入ください
（医療機関へ確認する場合がございます）

●現在飲んでいる薬はありますか？　　はい　・　いいえ
「はい」の方は、飲んでいる薬を記入するか処方の内容が分かるものを提出してください

●薬剤・食物アレルギーはありますか？　　はい　・　いいえ
「はい」の方は、アレルギーのある薬剤・食物と、その症状を記載してください

●麻酔で体調を崩したことがありますか？　　はい　・　いいえ
「はい」の方は、麻酔の種類と症状の詳細を記載してください

●交通事故ですか？　　はい　・　いいえ
「はい」の方は下記事項もご記入ください
単独事故　・　相手あり
受傷日　　年　　月　　日

●仕事中・通勤途中でのお怪我ですか？　　はい　・　いいえ
●女性の方へ：現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？　　はい　・　いいえ
●アルコールを飲みますか？　　はい　・　いいえ
（種類：　　）を（　　）杯/毎週　・週　　回・機会飲酒
●たばこを吸いますか　　はい　・　過去に吸っていた　・　いいえ
喫煙歴のある方はご記入ください　　1日　　本　　喫煙年数　　年間（　　歳頃～）

●現在のお住まいについて　　お一人暮らし　・　同居

●当院を知ったきっかけを教えてください　　（複数回答可）
知人の紹介　　看板　　ホームページを見て　　通りがかり
地域情報紙　　医療機関からの紹介　　その他　（　　）
●普段、どのようにして医療機関を調べることが多いですか？
知人に聞く　　ネットで調べる　　雑誌　　新聞や地域情報紙　　駅や街にある看板
その他　（　　）

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。
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よろしくお願い致します。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。

博豊会　八王子脊椎外科クリニック