

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな	生年月日
男	大正・昭和・平成・令和
氏名	年 月 日 歳
〒	
住所	電話 ( ) — 携帯 ( ) —
当院で受診されたことはありますか？ はい ( ) 年 ( ) 月頃 いいえ	お薬手帳はお持ちですか？ はい (ノート型・電子版) いいえ

1. 何科に受診されますか

☐ [保険内診療] ☐ 整形外科 ☐ 外科 ☐ 肛門科 ☐ 泌尿器科 ☐ 内科

☐ その他 ( )

☐ [保険外診療] ☐ ED ☐ プラセンタ注射・ビタミン注射 (ニンニク注射) ☐ AGA

☐ 交通事故 ☐ 美容 ☐ ダイエット ☐ 禁煙 ☐ その他 ( )

2. どのような症状で来院されましたか (詳しくお書きください)

☐ 痛い ☐ しびれる ☐ 腫れ ☐ 熱 ( °C)

☐ その他詳しい症状をお書きください

3. 他の医療機関に受診されていますか

☐ していない ☐ 通院中 病名・症状 ( )

4. 現在飲んでいる薬はありますか

☐ いいえ ☐ はい：薬の名前 ( )

5. 食べ物や薬でアレルギーが出たことはありますか

☐ いいえ ☐ はい：食べ物 ( )、薬 ( )

6. 障害保険等を請求される予定はありますか

☐ はい ☐ いいえ

7. 領収書の発行を希望されますか

☐ 毎回希望 ☐ 1年間まとめて希望 ☐ 不要

8. 来院のきっかけは

☐ 家族・知人からの紹介 ☐ 通りがかり／自宅や職場が近い ☐ インターネット・スマホで検索して

☐ Google マップで見つけた ☐ 医療系サイトを見て (例：病院ナビ、Caloo など)

☐ 他院からの紹介 ( ) ☐ その他 ( )

ご協力ありがとうございました。

当院は、骨粗しょう症による骨折の予防治療に積極的に取り組んでおります。

骨の健康に興味、気になること等ございましたら、お気軽にご相談ください。