

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな 氏名	男 女	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳
〒 住所	電話 ( ) ー 携帯 ( ) ー	
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] E D プラセンタ注射・ビタミン注射(ニンニク注射) A G A

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:病院なび、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。