

フリガナ		Birth			
name お名前	男 女	生年月日	大正・昭和 年 月 日		
address 住所	〒 - 都・道 府・県				
mobile phone 電話番号(携帯)			house phone 電話番号(固定)		

※紹介状 有・無 / 画像データ 有・無 / 検査結果 有・無 / 労災・自賠責(予定)

お仕事	<input type="checkbox"/> 職業() <input type="checkbox"/> 学生(学校名:) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()				
運動・スポーツ	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無				
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 心臓病(ペースメーカー: 有・無) <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病(透析: 有・無) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他()				
内服薬	<input type="checkbox"/> 有() ※お薬手帳を提示ください <input type="checkbox"/> 無				
手術歴	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		アレルギー	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	

気になる部位をご記入ください

身長		体重	
----	--	----	--

部位・症状	原因・きっかけ・その他症状	気になる部位に○をつけてください
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 手術後	【いつから】 <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () 週間前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前 <input type="checkbox"/> () 年前 【原因・きっかけ・その他症状】	
	<input type="checkbox"/> 同じ症状で他院にて治療中又は治療していた 医療機関名: ()	
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 手術後	【いつから】 <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () 週間前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前 <input type="checkbox"/> () 年前 【原因・きっかけ・その他症状】	
	<input type="checkbox"/> 同じ症状で他院にて治療中又は治療していた 医療機関名: ()	

※50歳以上の女性の方へ

過去に骨粗鬆症と診断されたことがありますか？

有(いつ頃:) 無

骨密度の検査 希望する 希望しない

妊娠の可能性	授乳中
<input type="checkbox"/> 有(週) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無