記入漏れがないようご協力お願い致します 記入後は受付までお持ちください

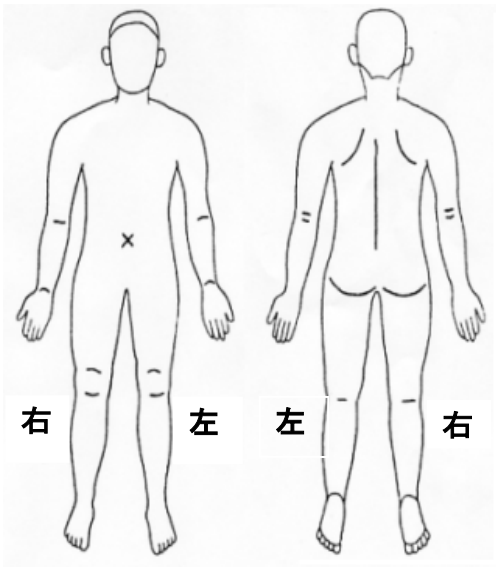
整形　　名　同 ： 家族 ・ 施設職員 ・ 教員

ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	明 大 昭 平 令　年　月　日生（　歳）
氏名	（ 男 ・ 女 ）	電話番号	自宅　ー　ー 携帯　ー　ー
住所	〒　ー		※マイナ保険証利用者のみ マイナ保険証による診療情報取得に 同意する ・ 同意しない

どのような症状ですか？	□骨密度（こつみつど）検査希望
症状が出るのは どのような時ですか？	
発症時期	年　月　日から ・　カ月前から ・　年前から

みてもらいたい部位に
〇をつけて下さい

前面　後面



発症のきっかけ

□原因不明・覚えていない

□きっかけあり　　労有　労無　確認中

<どこで> □学校 □自宅 □習い事 □職場・通勤路

□外出先：＿＿＿＿＿＿　□その他：＿＿＿＿＿＿＿＿

<何をしている時> □仕事中 □通勤中・退勤中

□運動中：＿＿＿＿＿＿　□その他：＿＿＿＿＿＿＿＿

<何をした> □転倒（てんとう）・しりもち □ひねった □交通事故

□＿＿＿＿＿＿＿＿に ぶつけた／当たった／はさんだ
で 切った

□その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

今回の症状で他の医療機関は受診されましたか？ はい ・ いいえ

いつ：　医療機関名：

検査：　診断：　紹介状持参（有 ・ 無）

治療：

今までにかかった病気 現在治療中の病気	あり なし	喘息（発作　吸入　）・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ ペースメーカー 糖尿病（HbA1C　検査月令和　年　月）インスリン（有 ・ 無） その他：
現在飲んでいる薬	あり なし	薬手帳持参 あり・なし　薬の種類
過去の手術 （帝王切開を除く）	あり なし	医療機関名： 病名：　手術年月日：
薬・金属・アルコールで 副作用やアレルギー	あり なし	金属 ・ アルコール消毒 ・ 薬（　）で □発疹 □赤くなる □呼吸困難 □その他
（※女性の方）**妊娠の可能性**	なし ・ あり	〔　カ月（予定日　月　日）〕　授乳中
※**10歳以下のみ** 体重：　kg ・ 体温：　℃		**介護保険認定**：要支援 ・ 要介護 ・ なし
1年以内の特定（メタボ）健診・高齢者健診受診歴	なし ・ あり（指摘事項：　）	

当院は診療情報を取得・活用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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。