

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がありますか？	
はい () 年 () 月頃	
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 ()℃

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

インターネット タウンページ 通りがかり 紹介 ()

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。