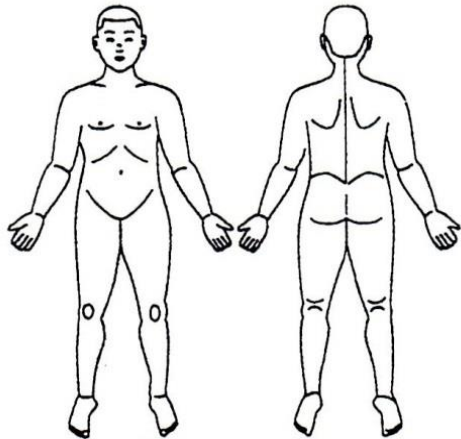


【現在の症状についてお伺いします。】

様

| いつ頃から | 症状のある場所はどこですか？ | どのような症状ですか？（複数○可） |
|-------|---|---|
| 頃から | ○印をつけて下さい。  | 打った 痛い ひねった しびれる こけた だるい 肩こり 動きにくい 違和感 その他（ ） |

【今までに次のような病気と言われた事がありますか？】

- | | | | |
|----------|------------|---------|---------|
| 1、胃炎・胃潰瘍 | 2、高コレステロール | 3、糖尿病 | 4、高血圧症 |
| 5、心臓病 | 6、肝臓の病気 | 7、腎臓の病気 | 8、脳の病気 |
| 9、気管支喘息 | 10、不整脈 | 11、動脈硬化 | 12、リウマチ |
| | | | 13、がん |

【現在、服用中のお薬はありますか？】

- 1、はい [お薬手帳があれば提出してください。] 2、いいえ

| | どんなお薬ですか？ | 病院名 |
|---|-----------|-----|
| 科 | | |

【歯医者での麻酔や、注射・飲み薬・食物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？】

- 1、はい [何に？] 2、いいえ

【手術などによる金属が体内に入っていますか？】

- 1、はい [いつごろ？ どこに(部位)？] 2、いいえ

【飲酒しますか？】

- 1、はい (約 日/週) 2、いいえ

【たばこを吸いますか？】

- 1、はい (約 本/1日) 2、いいえ

【60歳以上の方へ … 骨粗鬆症の検査を希望されますか？】

- 1、はい 2、いいえ

【女性の方へ … 現在妊娠の可能性はありますか？ または授乳中ですか？】

- 1、はい 2、いいえ

ご協力有り難うございました。

おおにし整形外科医院

