

問診票

西荻鍋岡クリニック
東京都杉並区西荻北 3-31-13
☎03-3397-5758

(フリガナ)

お名前() 性別 (男・女)

住所 ()

電話番号()

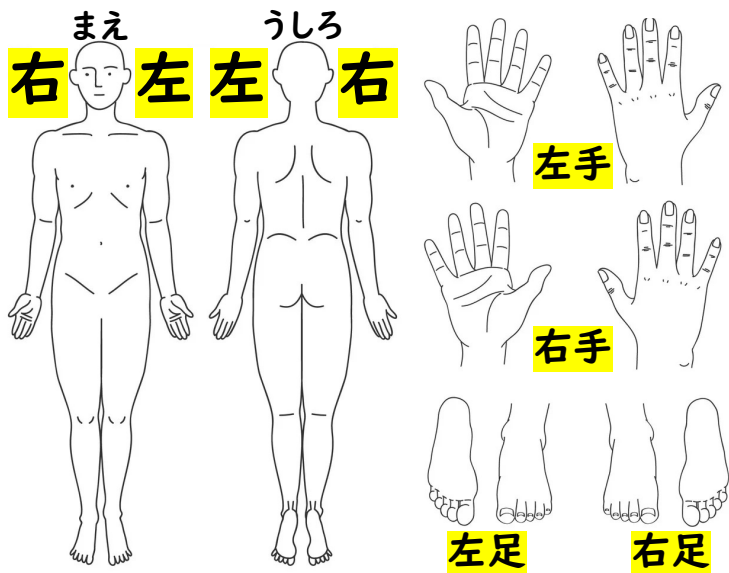
生年月日(【大正・昭和・平成・令和】 年 月 日【 歳】)

【症状はいつ頃からですか】

()

【どこに、どんな症状がありますか】

【部位】



※その他の部位 ()

【症状】

☐痛み・☐はれ・☐しびれ・☐違和感

☐しこり・☐その他 ()

【思い当たる原因はありますか】

()

【症状に対しての不安や困っていること】

()

【今までにかかった病気・手術】

()

(※女性の方 ☐妊娠中 ☐授乳中)

【今使っているお薬・注射】

()

【お薬などのアレルギー】

()

【職業 (学生の方は学年を書いて下さい)】

()

【趣味・スポーツ・部活】

()

【同居人】

☐一人暮らし・☐家族・友人 () 人

【当院を何で知りましたか】

☐WEB・ホームページを見て

☐通りがかり

☐家族・知人からの紹介

※さしつかえがなければ (お名前:)

☐その他 ()

【その他、ご相談したいこと】

()

精度の高い骨密度測定機械 (DEXA) を導入しています
後日骨密度測定をご希望の方はチェックを入れて下さい
☐話を聞いてみたい ☐検査を希望する