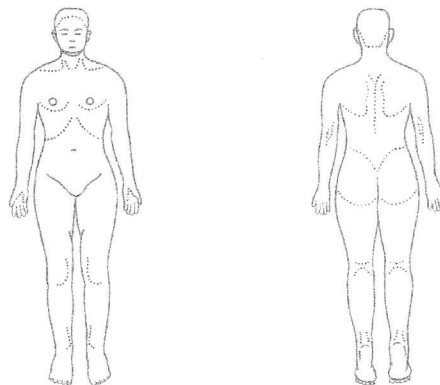


フリガナ			
お名前	(男・女)		
生年月日	大・昭 平・令	年 月	日生まれ ()歳
ご住所	〒(-)		
お電話	- -		
緊急連絡先	- -		
ご職業	介護認定	有:要介護・支援()・無	

(痛い場所を○で囲んでください)

右 左 左 右



手

足

1. 主な症状は何ですか？

[]

2. その症状はいつからですか？原因もあればお書きください。

[]

3. 現在治療中のご病気はありますか？

いいえ・はい [心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳卒中 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息
胃潰瘍 ・ 感染症 ・ 悪性新生物 ・ 他()]

4. 現在服用しているお薬はありますか？(お薬手帳があればご提示ください)

いいえ・はい (薬名)

5. 今まで飲み薬・注射などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい (薬名)

6. 今まで手術を受けたことがありますか？

いいえ・はい (脳血管障害・ペースメーカー・ステント・透析・人工関節・その他)

7. 女性の方：現在妊娠、または妊娠の可能性はありますか？

いいえ・はい

8. 骨粗鬆症の検査を希望されますか？ 65歳以上の女性の方

いいえ・はい

75歳以上の男性の方

いいえ・はい

9. 現在行っているスポーツや運動はありますか？

いいえ・はい (スポーツ名 所属)

10. 競技スポーツをされている方は、下記に詳細をご記入ください。

ポジション		監督名		利き手 (右・左)
身長	cm	体重	kg	利き足 (右・左)
開始年齢	歳ころ	近日中に参加予定の大会はありますか？		

HbA1c(%) インスリン注射 シャント(右・左) 透析日(. .) 骨粗なし・あり(検査日)