

診 療 申 込 書

年 月 日

ふりがな		〒	—	
お名前		住所		
	男 ・ 女			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	()	—
	()才	携帯番号	()	—
緊急連絡先	() —	氏名:	続柄 ()	

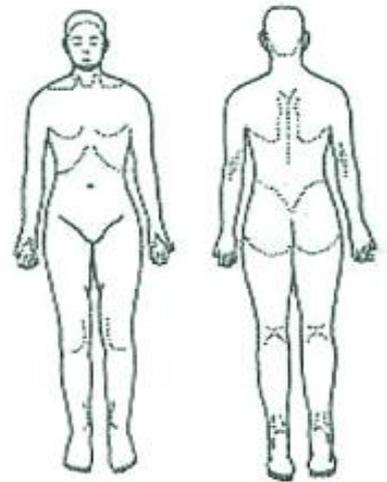
BP / P SPO₂ % KT

① 今日はどうなさいましたか?どこが?(体の悪い部分に○をつけて下さい)

右 左 左 右

()

痛い しびれる だるい くる つっぱる 腫脹 冷える 内出血斑 浮腫
発赤 発疹 呼吸苦 頭・胸・腹は打っていない。吐き気なし。



② いつからですか?

()

③ 何か原因はありますか?

()

④ 交通事故、労災、学校のけがによるものですか?

いいえ・はい → (交通事故・労災・学校でのけが)

→ 警察へ提出する診断書 要 ・ 不要

⑤ 本日受診内容についてほかの病院で治療や手術は受けたことがありますか?

いいえ・はい 病院名:() 病名:()

⑥ 現在、服用中の薬はありますか? (薬剤情報提供書やお薬手帳をお持ちの方は提示ください)

いいえ・はい ()

⑥ アレルギー体質はありますか? いいえ・はい ()

⑧ これまでに手術を受けたことがありますか?

いいえ・はい(いつ頃:) 手術内容:)

体内に金属はありますか? いいえ・はい → MRI (可・不可・不明)

⑨ たばこは吸いますか?

いいえ・はい (本/日)

⑩ アルコールは飲まれますか?

いいえ・はい (何を どれくらい ml/日)

⑪ 現在他院で介護保険や医療保険を使用してのリハビリをされていますか? いいえ・はい

⑫ 女性の方へ、現在妊娠中ですか?

いいえ・はい・可能性あり・授乳中