

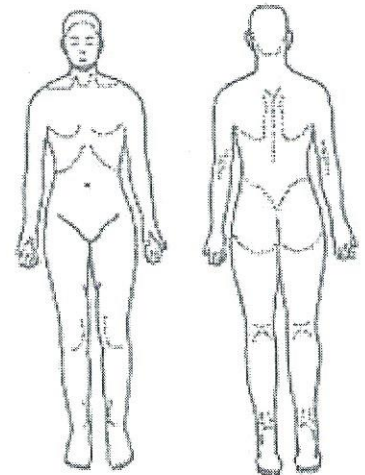
診 療 申 込 書

年 月 日

ふりがな				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	男・女
お名前						
ご住所	〒 _____					
電 話	自宅	() _____	—	携帯	() _____	—
緊急連絡先	(お名前: _____ 続柄: _____)			() _____	—	
職 業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					

☆わかる範囲で記入してください。

(1) 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)



②いつからですか?

(_____ 日から) (_____ 日くらい前から) (_____ カ月前から)

③何か原因はありますか? いいえ・はい _____

④どんなふうに悪いのですか? _____

痛い しびれる だるい こる つっぱる はれている 冷える
その他 _____

⑤痛みの強さは?

つらくない 少しつらい つらい かなりつらい 耐えがたい

⑥交通事故、労災、学校のけがによるものですか? いいえ・はい

はいの場合 → 交通事故・労災・学校でのけが

⑦それについて治療や手術は受けたことがありますか? いいえ・はい

(2) 今まで病気にかかったことがありますか? いいえ・はい

はいの場合 → 心臓病 肝臓病 腎臓病 肺疾患 腎疾患(透析中) 糖尿病 高血圧症
関節リウマチ ぜんそく 高脂血症 骨粗鬆症 痛風 その他 _____

(3) 現在ほかの病院・医院で治療している病気がありますか? いいえ・はい

はいの場合 → 病名: _____ 内服薬: _____

※薬剤情報提供書やお薬手帳をお持ちの方は提示してください

(4) アレルギー体質はありますか? いいえ・はい

はいの場合 → 飲み薬・注射・湿布・ぜんそく・その他 _____

(5) これまでに手術を受けたことがありますか? いいえ・はい ☆体内に金属 → あり・なし

はいの場合 → いつ(_____) どのような手術(_____)

(6) たばこは吸いますか? いいえ・はい (_____ 本/日)

(7) 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/日又は _____ ml/週)

(8) 女性の方へ、現在妊娠中ですか? いいえ・はい・可能性あり

(9) 現在、スポーツをされていますか? また、過去にスポーツをされていましたか?

現在 (_____)

過去 (いつ頃: _____)

(10) 当院への来院されたきっかけを教えてください

広告チラシ 知人・家族にきいて ホームページをみて 建物をみて 近いので 院長かかりつけ

(11) 医療費明細書の発行を希望されない方は□に✓してください ⇒