

診療申込書

平成 年 月 日

ふりがな			職業		
氏名		男・女	住所	(〒 -)	
生年月日	大・昭・平 年 月 日	才	電話番号	()	-

(1) 本日は、どのようなことで来院されましたか？診察を希望する部位を右下の図に○で囲んでください。

(痛い箇所、具合の悪い部位等、何カ所でも構いません)

(2) どのような症状ですか？

- ・痛い
- ・しびれる
- ・腫れている
- ・怪我をした
- ・傷がある
- ・突っ張る
- ・動かない
- ・冷える
- ・その他 (具体的に) _____

(3) それはいつ頃からですか？

年 月 日から、または 位前から

(4) 原因と思われることはありますか？

- ・交通事故
- ・転倒
- ・仕事
- ・スポーツ
- ・分からない
- ・その他 _____

(5) 現在の症状で治療を受けていますか？

はい → 施設名 _____

いいえ

(6) アレルギーはありますか？(薬、薬品など)

はい → 具体的に _____

いいえ

(7) 今までに病気をしたことがありますか？

はい → どのような病気ですか？

高血圧 脳梗塞 心臓疾患 気管支喘息 胃潰瘍 痛風 糖尿

その他 ()

いいえ

(8) 現在、内服中のお薬はありますか？

はい → ()

いいえ

(9) 女性の方は、妊娠の可能性または授乳中ですか？

はい ・ いいえ

(10) 現在、スポーツはされていますか？

はい 内容 _____、頻度 _____

いいえ

(11) 他にご希望があればお書きください。

(注射 、リハビリ 、投薬 、レントゲン 、骨粗しょう症検査)

(12) 当院を何で知りましたか？

①インターネット ②知人からの紹介や口コミ ③開院折込広告 ④通りがかり ⑤電柱広告

⑥医療機関からの紹介 (医療機関名) ⑦その他 ()

