

# 診療申込書

令和 年 月 日

ふりがな			職業		
氏名		男・女	住所	(〒 - )	
生年月日	大・昭・平・令 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 、その他 )

(12) 当院では健康寿命延伸のため、60歳以上の女性、70歳以上の男性に骨密度検査をお勧めしています。

また、50歳以上の女性で、今まで検査を受けたことがない方にもお勧めしています。

骨密度検査を 希望する 希望しない 最近検査を受けた 治療をすでに開始している

(13) 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駅看板 ④バス放送 ⑤近所にお住まい

⑥医療機関からの紹介 (医療機関名 ) ⑦その他 ( )

