

# 診療申込書

\*可能な限り記入をお願いします

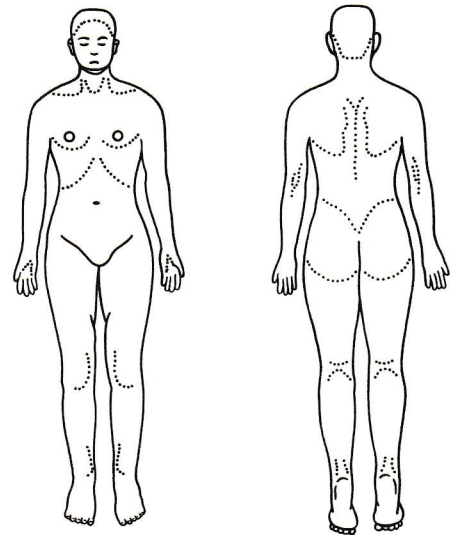
令和 年 月 日

ふりがな			TEL	- -
氏名		男女	住所	(〒 - )
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
		才	職業	

(1)本日はどのようなことで来院されましたか？診察希望の部位を右下の図に○で囲んでください。  
(痛い箇所、具合の悪い部位)

(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      •つっぱる      •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？

いいえ

はい → 施設名 \_\_\_\_\_

(6)アレルギーはありますか？(薬、薬品など)

いいえ

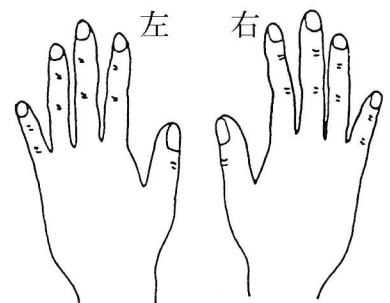
はい → 具体的に \_\_\_\_\_

(7)今までに病気をしたことがありますか？

いいえ

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      緑内障      痛風      その他( )



(8)現在内服中の薬があれば教えて下さい。

{ \_\_\_\_\_ }

(9)介護保険の認定を受けていますか？

要支援1・要支援2

要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

(10)女性の方へ・・・妊娠の可能性はありますか？

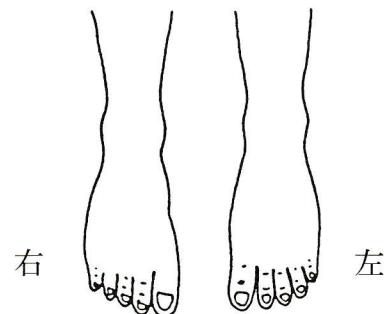
いいえ

はい

(11)現在スポーツはやっていますか？

いいえ

はい 内容 \_\_\_\_\_ 頻度 \_\_\_\_\_



(12)他にご希望があればお書きください。

(注射希望、リハビリ希望、投薬希望、レントゲン希望)

(13)当院を何でお知りになりましたか？

- 1. ホームページ      2. 知り合いからの紹介や口コミ      3. 電柱広告
- 4. 開院折込広告      5. 通りがかって      6. インターネット検索
- 7. 医療機関からの紹介(医療機関名 \_\_\_\_\_)      8. その他( \_\_\_\_\_ )