

診療申込書

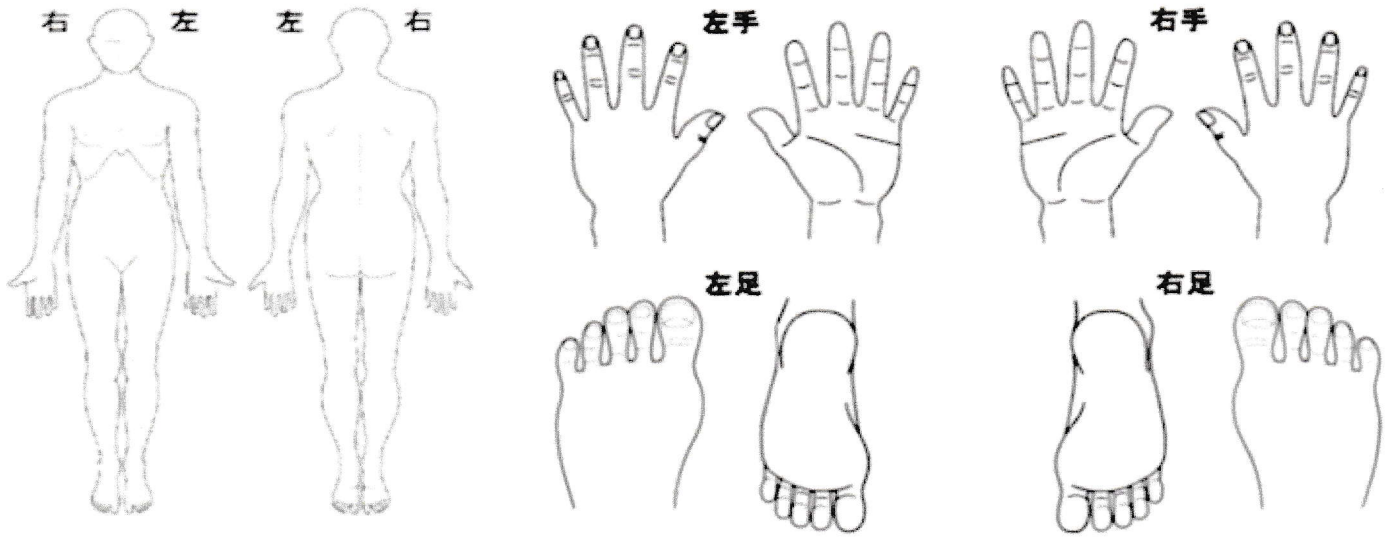
令和 年 月 日

ふりがな	性別	生年月日	年齢	職業
名前	男 女	明・大・昭・平・令 年 月 日	歳	
(〒 ー) 住所				電話番号 (ー ー)

(1)どのような症状で来院されましたか？

- 痛い しびれる 腫れている 動きにくい 傷がある つっぱる 何かできている やけど
その他()

(2)症状のある部位に○をつけてください



(3)いつ頃から症状が出てきていますか？

月 日 本日 ()日前 ()週間前 ()か月前 ()年前

(4)症状が出たきっかけは何ですか？

- 転倒 落ちた ぶつけた ひねった 切った はさんだ スポーツ 交通事故 仕事
原因不明 その他()

(5)今回の症状で他の医療機関を受診・治療していますか？

- いいえ はい(医療機関名)

(6)現在治療中の病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 心臓疾患 気管支喘息 胃潰瘍 緑内障 痛風 その他()

(7)現在、飲んでいる薬はありますか？

- いいえ はい(薬剤名) ※お薬手帳をお持ちの方はお出してください

(8)お薬・食べ物などでアレルギーはありますか？ いいえ はい()

(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)現在、スポーツはしていますか？ いいえ はい(内容: 頻度:)

(11)【女性の方へ】現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい(妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

(12)当院をどちらでお知りになりましたか？

- ホームページ 電柱広告 知人の紹介・口コミ 通りがかり その他()

※ご協力ありがとうございました。 上林整形クリニック