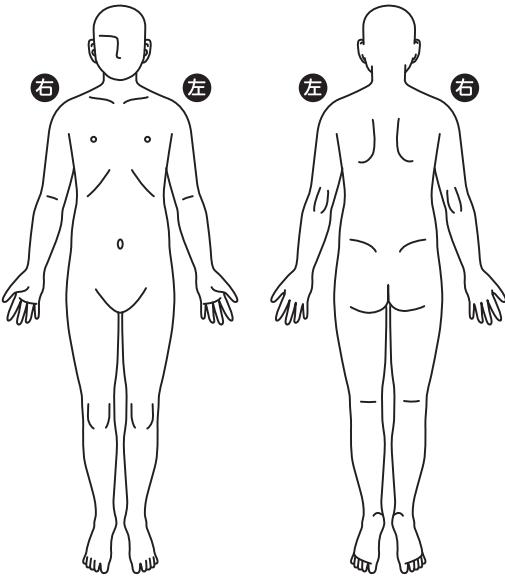


診療申込書

◆外出ご希望の方は受付にお申し出ください。

フリガナ				性別
氏名				男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
現住所	(〒 一)※忘れずにご記入ください。			
電話	携帯:()	-		
	自宅:	-	-	
緊急連絡先	-	-	続柄	

年 月 日



下記に関して必要事項の記入と該当する□に√印をお願いします。

●本日診てもらいたいところはどこですか。 右上図に○をつけてください。

●いつからですか。()

●どのような症状ですか。

痛い しびれる 腫れている 動きが悪くなった 熱を持っている その他()

●原因を教えてください。

交通事故(事故日 年 月 日)

仕事中・通勤中のけが(受傷日 年 月 日)

学校内・通学中のけが(受傷日 年 月 日)

スポーツ中 わからない その他()

●経過を簡単に教えてください。

●過去に大きなかが・病気をしたことがありますか。

ない ある()

●現在、治療を受けている病気がありますか。※ある方は忘れずにご記入ください。

ない ある 高血圧 糖尿病 心臓疾患 ぜんそく 脳外科疾患 ペースメーカー
婦人科疾患 その他()

※服用中のお薬がある方はお薬手帳を受付にお出しください。 お薬手帳(有・無)

●悪性腫瘍(がん)の治療をしたことがありますか。

ない ある()

●お薬による副作用を経験したことがありますか。

ない ある

●現在、何かスポーツをしてますか。()

●お仕事の内容を簡単にお書きください。()

●診療明細書(領収書の内訳です。料金はかかりません。)は必要でしょうか。

はい いいえ

●診療医師の希望はありますか。

ない 塩崎Dr 吉岡Dr(上肢)

下記に関しては該当する方のみ、該当する□に√印をつけてください。

●希望検査がある方のみ 骨密度 <治療の有・無> MRI (状況により予約になる事があります。)

●女性の方のみ 妊娠中 授乳中

●中学生以下のみ (体重)kg

●現在介護認定(要介護・要支援)を受けていますか。 はい いいえ

※受けている方は介護保険被保険者証を受付にお出しください。