

# 診療申込書

フリガナ		男 ・ 女	申込年月日		
お名前			年	月	日
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳)
ご住所	〒	電話番号	-	-	
		携帯番号	-	-	
上記以外の 連絡先	お名前(名称)	電話番号	-	-	

当院での受診歴 (ある・ない)

(ない)に○を付けた方はこの病院をどのようにしてお知りになりましたか？

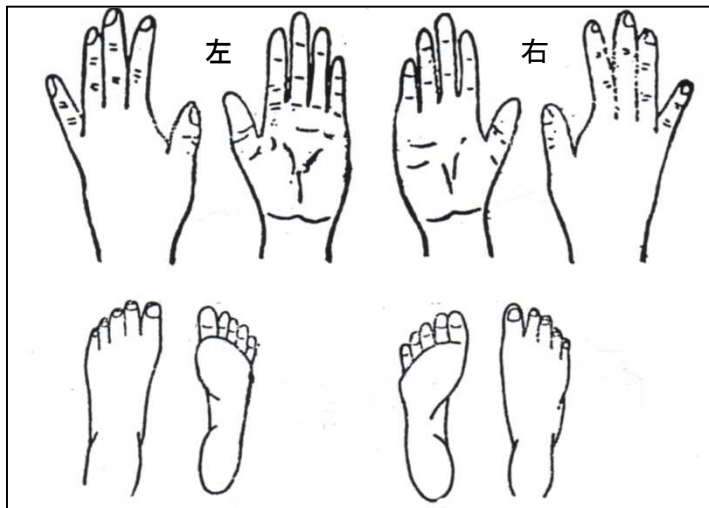
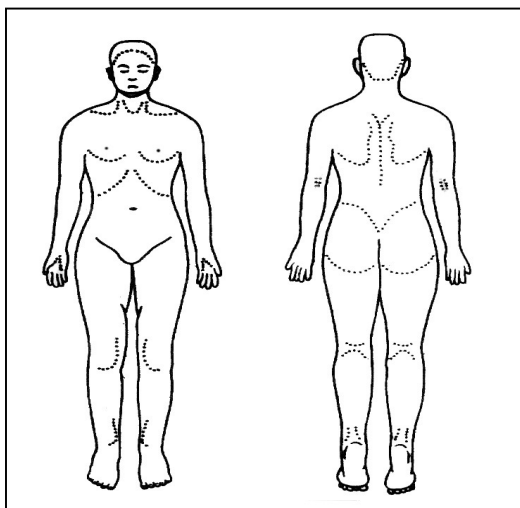
(前を通った・知人より紹介・他院より紹介・家族より紹介・タウンページ・インターネット・その他)

## <診察前のおたずね>

\* 正しい治療を行うための参考にいたしますので、ご記入をお願いいたします。

《現在の症状》

① 具合の悪い場所に○をつけてください



② いつからどのような症状ですか？

月 日、 日前から、約 週間前から  
約 ヶ月前から、約 年前から

〔 痛い・だるい・はれている・化膿している  
切れて出血している・動かせない・おでき  
その他 〕

③ 原因はありますか？

ない・わからない・ある( )

④ 交通事故によるものですか？

いいえ・はい(自損・相手のある事故)

⑤ 業務上のケガ・病気ですか？

いいえ・はい(労災申請 する・しない)

⑥ 通勤途上のケガ・病気ですか？

いいえ・はい(労災申請 する・しない)

⑦ 今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ・はい(医療機関名 )

⑧ 現在加療中のご病気がありますか？

いいえ・はい

〔 高血圧・脳梗塞・心筋梗塞  
糖尿病・ぜん息・がん( ) 〕

⑨ 現在飲んでいるお薬がありますか？

いいえ・はい( )

おくすり手帳をお持ちの方は受付にご提出ください。

⑩ お薬でアレルギーはありますか？

ない・ある( )

※ 紹介状・画像CDは受付にご提出ください

《女性の方へ》

① 現在妊娠の可能性はありますか？

ある・ない・わからない

② 授乳中ですか？

はい・いいえ