

診療申込書(高校生以上)

フリガナ		男・女	申込年月日		
お名前			年	月	日
生年月日	大・昭・平・令	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)

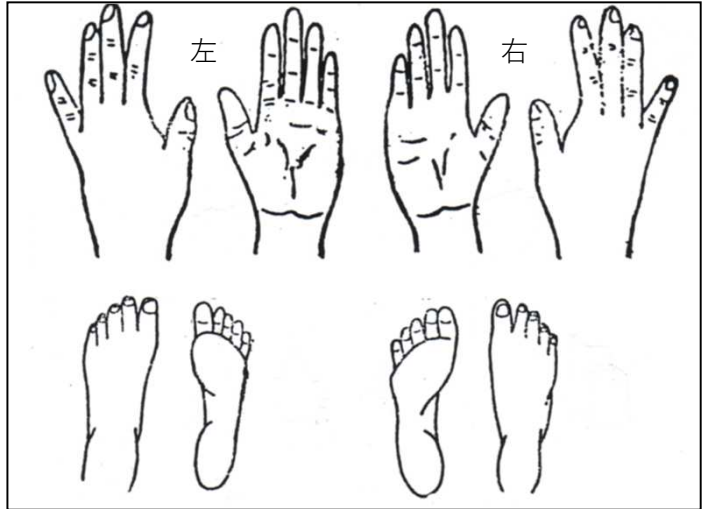
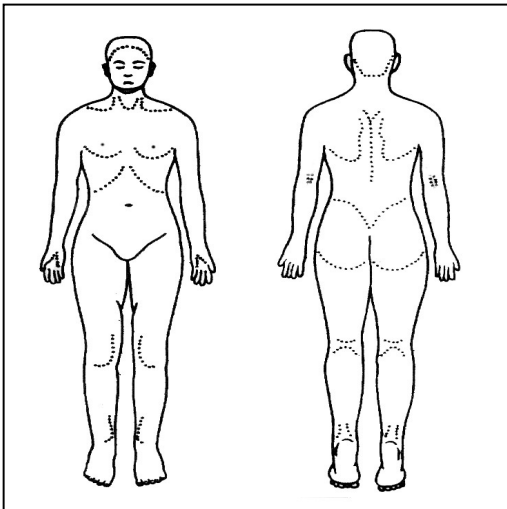
〈診察前のおたずね〉

* 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。

※1週間以内に37.3度以上の発熱がありましたか?(はい・いいえ)

※2週間以内に家庭内・学校・職場等に新型コロナウイルス感染症の徴候のある方がいましたか?(はい・いいえ)
 《現在の症状》

①具合の悪い場所に○をつけてください



②いつからどの様な症状ですか?

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]

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()

③原因はありますか? (受傷日 月 日)

ない・わからない・ある()

④交通事故によるものですか?(事故日 月 日)

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?(受傷日 月 日)

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?(受傷日 月 日)

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)

※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