

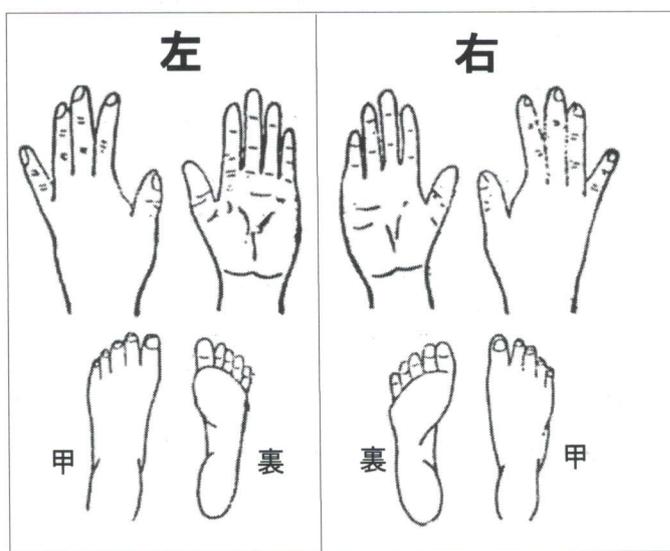
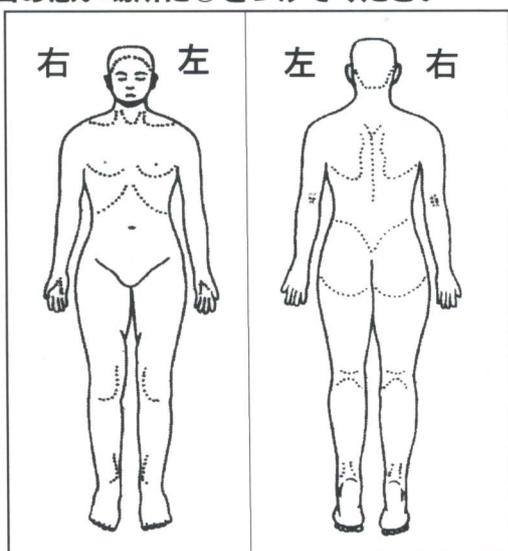
診療申込書 (高校生以上)

フリガナ		男	申込年月日	
お名前		女	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	-	-

<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・しびれている・はれている
・出血している・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？ (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)

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 ()

《女性の方へ》

① 現在妊娠中ですか？

いいえ・はい・わからない

② 授乳中ですか？

いいえ・はい

※紹介状・画像CDは受付にご提出ください

◎ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

いいえ・はい

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。