

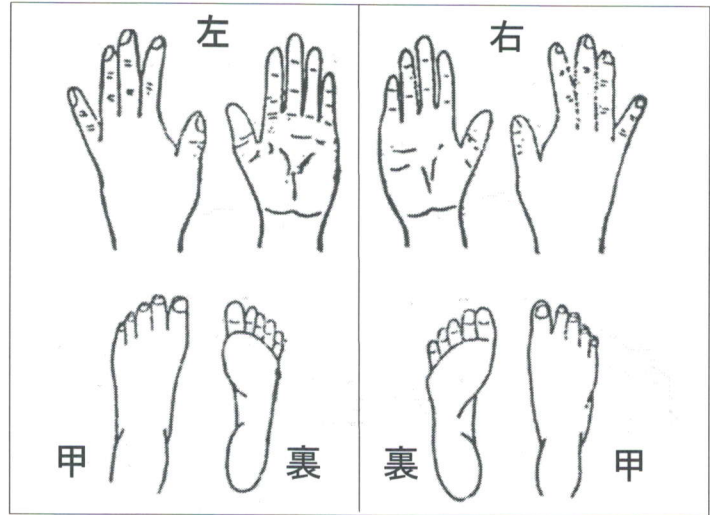
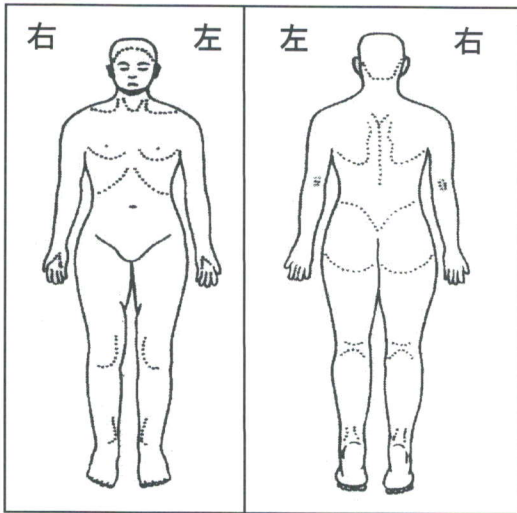
# 診療申込書(中学生以下)

フリガナ		男・女	申込年月日	
お名前			年	月 日
生年月日	平成・令和	年	月	日 ( 歳)
ご住所	〒	電話番号	-	-
		保護者携帯番号	-	-
診察室に同席される方	お名前	電話番号	-	-
	受けられる方とのご関係：父・母・その他( ) 施設名			

## <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・しびれている・はれている  
・出血していない・その他( )

### ③ 原因はありますか？

ない・わからない・ある

受傷日： 年 月 日

### ④ 交通事故によるものですか？

いいえ・はい(自損事故の同乗・相手のある事故)

事故日： 年 月 日

### ⑤ 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 )

### ⑥ 現在加療中のご病気がありますか

いいえ・はい(喘息・その他 )

### ⑦ 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。

### ⑧ 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

### ◎ 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。