

診療申込書

注：頭部外傷及び顔面外傷につきましては、一切診察を受付けていません。
脳神経外科等の受診をお勧めしております。

受診される方	フリガナ			男	身長	体重
	お名前			女	cm	kg
さ	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	前回受診日 (年 月頃)
れ	住所					
る	電話番号			携帯電話		
方	介護認定を受けていますか？	いいえ	はい	(要支援 1 2)		
症状を簡単に書きください		(要介護 1 2 3 4 5)				

○原因について 事故については必ずお電話下さい。

自然に・転倒・労災・事故

○当院をどのようにして

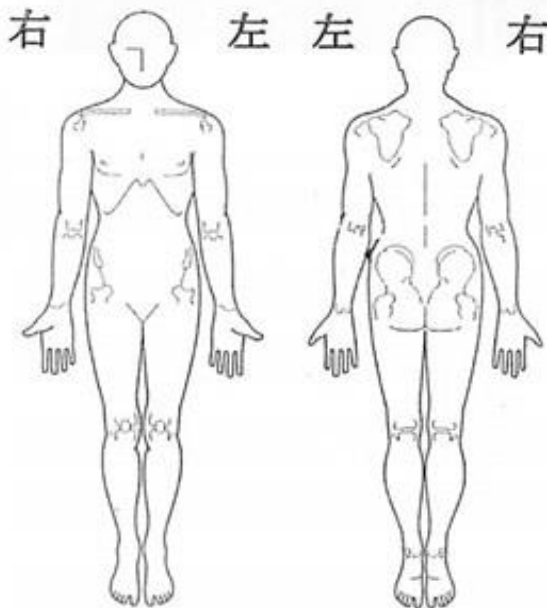
お知りになりましたか？

知人の紹介・インターネット・通りがかり

他医院からの紹介【 】

<痛み・しびれの部位>斜線で引いてください

受傷日 年 月 日頃



斜線部が・・・(痛い・しびれる)

☆体質・体調についてご質問です

○薬のアレルギー

無・不明・有り ()

○今までに下記の病気になったことは？

心臓病・糖尿病・肝臓病・腎臓病・高血圧

その他 ()

○現在服用中の薬はありますか？

はい【 】 いいえ

○お薬手帳をお持ちですか？

はい いいえ

○現在妊娠していますか？

はい【 カ月】 いいえ

○現在授乳はされていますか？

はい【 カ月】 いいえ

○熱や風邪症状はありますか？

はい いいえ

はいの方は症状をお書きください

()

体温 °C

保険証・後期高齢者医療証等を添えて、受付へ提出してください。

注：保険証(生活保護の方は医療券)の提示が無い場合は自費計算になります。

問診□

Ooyata orthopedics clinic TEL : 03-3606-3311