

診療申込書

※頭部及び顔面外傷につきましては一切診察を受け付けていません

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

○原因について

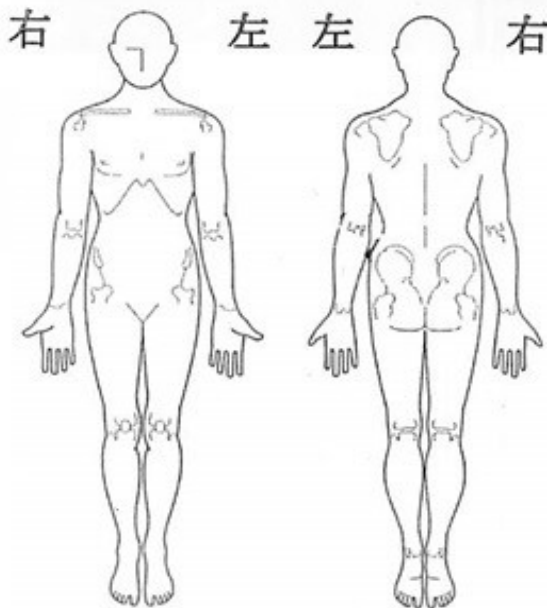
自然に・転倒・工作中・交通事故

○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()

○下記の病気にかかった事がありますか？

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）の提示がない場合自費計算となります。

問診□

Ooyata orthopedics clinic