

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
 ※保険証・医療券等の提示がない場合自費計算となります。

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
			歳	未成年 保護者同行	
	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)	

○当院をどのようにして (要介護 1 2 3 4 5) 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【 】

○コロナワクチン接種しましたか？ (はい・いいえ)
 1回目 年 月 日・2回目 年 月 日

○受傷日 年 月 日頃

○原因について○をつけてください
 原因不明・転倒・交通事故
 仕事中のケガ・・・ (労災を使う・使わない)

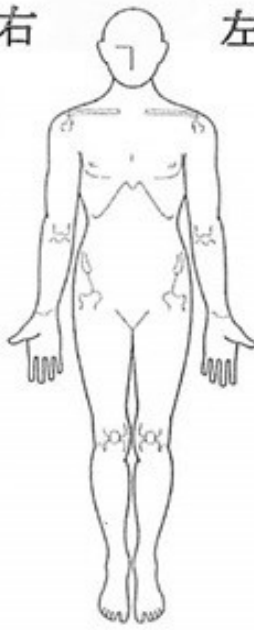
○症状について簡単にお書きください
 ()

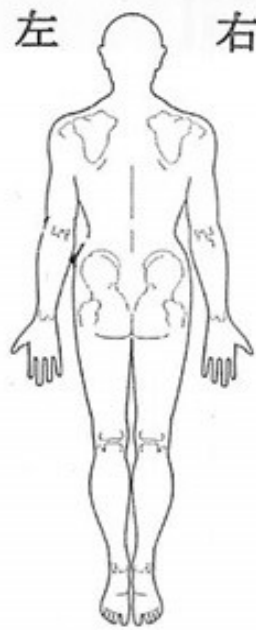
○現在体調変化ありますか？
 あり ()
 なし

○発熱・風邪症状はありますか？
 はい ()
 いいえ

○現在の体温 °C

<痛み・しびれの部位> 斜線で引いてください

右

左

左

右

斜線部が・・・ (痛い・しびれる)

☆体質についてご質問です

○薬のアレルギーはありますか？
 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

○現在授乳はされていますか？
 はい (カ月) いいえ