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	あり・なし
	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　）		
		（要介護　1　2　3　4　5　）		

〇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【　　】

〇受傷日　　年　　月　　日頃

〇原因について〇をつけてください

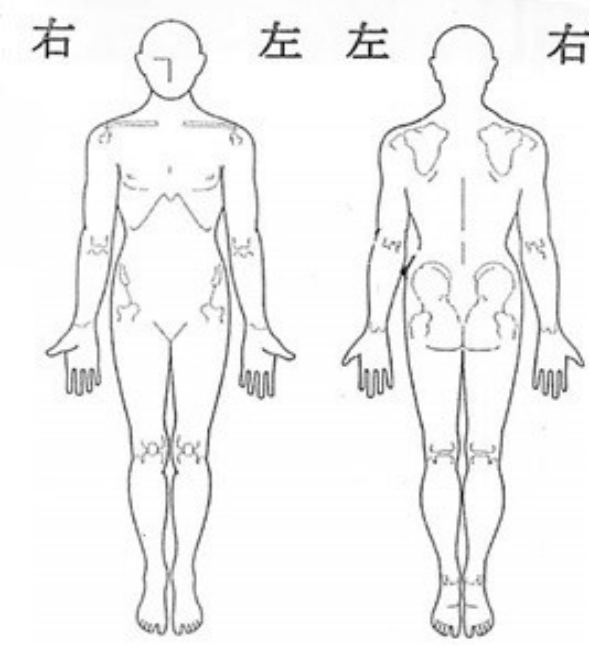
原因不明・転倒・交通事故

仕事中のケガ・・・・（労災を使う・使わない）

〇症状について簡単にお書きください

（　　）

＜痛み・しびれの部位＞斜線で引いてください



斜線部が・・・（痛い・しびれる）

〇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

〇過去にコロナ陽性になった事はありますか？

あり　PCR検査日（　　年　月　日）

なし

〇発熱・風邪症状はありますか？

はい（　　）

いいえ

〇現在の体温　　℃

☆体質についてご質問です

〇薬のアレルギーはありますか？

無・不明・有り（　　）

〇下記の病気にかかった事はありますか？

心臓病・糖尿病・肝臓病・腎臓病・高血圧

その他（　　）

〇現在服用中の薬はありますか？

はい（　　）　いいえ

〇お薬手帳をお持ちですか？

はい　いいえ

〇現在妊娠していますか？

はい（　　ヵ月）　いいえ

〇現在授乳はされてますか？

はい（　　ヵ月）　いいえ

問診□