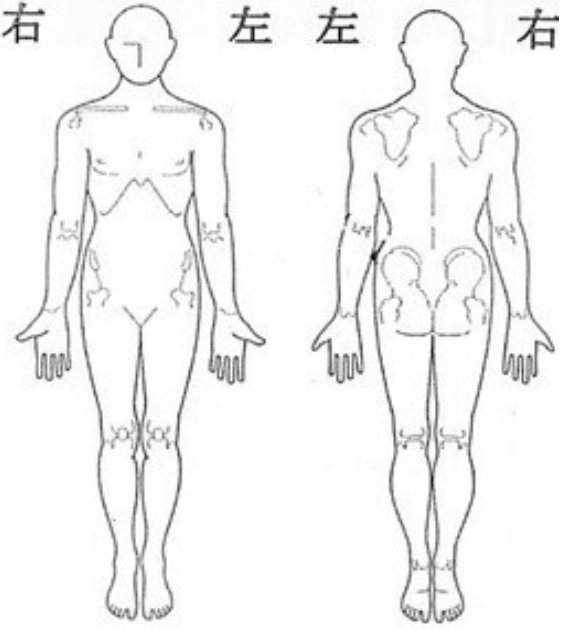


診療申込書

※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)		
	○当院をどのようにして お知りになりましたか？	(要介護			1	2	3	4	5)
	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【				○過去二週間以内に コロナ陽性になりましたか？					
	】				はい	感染した日 (年	月	日)
	○受傷日	年	月	日頃	いいえ					
	○原因について○をつけてください				○本日発熱・風邪症状はありますか？					
	原因不明・転倒・交通事故				はい (
	仕事中のケガ・・・(労災を使う・使わない)				いいえ					
	○症状について簡単にお書きください				○現在の体温	℃				
	(☆体質についてご質問です					
)				○薬のアレルギーはありますか？					
	<痛み・しびれの部位> 斜線で引いてください				無・不明・有り (
	右	左	左	右	○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					
	斜線部が・・・(痛い・しびれる)				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 (ヵ月)			いいえ
					○現在授乳はされていますか？	はい (ヵ月)			いいえ

問診□

2022.6.1改訂

Ooyata orthopedics clinic