

# 診 察 申 込 書

年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令	
氏名				年 月 日	( 歳 )
現住所	〒 -		ご職業		
自宅電話	( ) -	携帯電話		-	-

- 1) どのような症状で来院されましたか？  
 痛い  けがをした  腫れている  しびれる  動きが悪い  
 その他( )
- 2) 具合の悪いところに○をつけてください。 →
- 3) その症状が出たのはいつ頃からですか？  
 ( 年 月 日頃から)
- 4) 原因と思われることはありますか？  
 特に原因なし  転倒  ひねった  打った  
 その他( )
- 5) 仕事中のけがですか？  いいえ  はい / 通勤中のけがですか？  いいえ  はい  
 はいの方 労災の予定はありますか？  いいえ  はい  わからない
- 6) 交通事故のけがですか？  いいえ  はい→現在、交通事故の方の受け入れはしておりません。
- 7) 現在治療中、または治療を受けた病気がありますか？  
 特になし  高血圧  心臓病  糖尿病  肝臓病  腎臓病  血液病  神経症  
 ぜん息  結核  リウマチ  緑内障  その他( )
- 8) 手術や大ケガをしたことがありますか？  
 いいえ  はい( 年 月頃 病名または手術名 )
- 9) 現在、薬を飲んでいますか？ お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。  
 いいえ  はい(通院中の医療機関名 )
- 10) 血が固まりにくくなる薬(抗凝固剤)を飲んでいますか？ )  
 いいえ  はい(薬剤名 )
- 11) アレルギー体質と言われた事がありますか？ )  
 いいえ  はい( )
- 12) 薬や注射で発疹がでたり気分が悪くなったことがありますか？ )  
 いいえ  はい(薬剤名 症状 )
- 13) 過去3ヶ月以内に入院歴はありますか？ )  
 いいえ  はい
- 14) 骨密度測定をしてみたいですか？ )  
 いいえ  はい
- 15) 介護認定を受けていますか？ )  
 いいえ  申請中  はい→介護保険証を受付にお出してください。※1部コピーをいただきます。
- 16) 女性の方のみ 現在、妊娠中または授乳中ですか？ )  
 いいえ  妊娠中  授乳中
- 17) マイナ保険証による情報取得に同意しますか？  はい  いいえ  
 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
 正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

