

# 診 療 申 込 書

カルテ No.

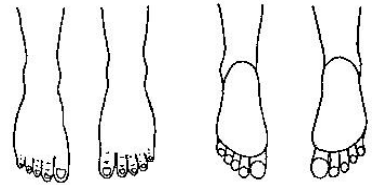
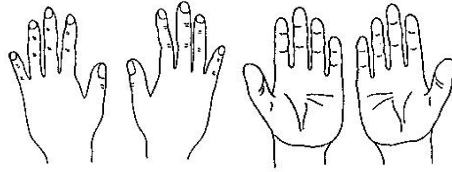
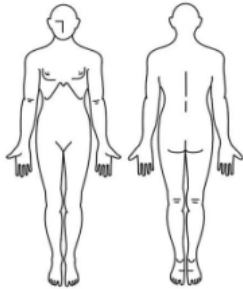
年 月 日

フリガナ									
氏 名	様							男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生	才				
住 所	〒 —								
電 話	自 宅	( )	—	携 帯	—	—			

★ 診療上大切なことです。わかる範囲で記入してください。

1) 今日どのような症状で受診されましたか？ (症状がある部分に○を付けてください)

痛い・しびれる・おもい・こる・つっぱる・腫れている・動きにくい・その他 ( )



(お怪我の方) → ・お仕事中の怪我ですか。 (はい・いいえ)  
 ・交通事故での怪我ですか。 (はい・いいえ)  
 (いつ 年 月 日)

2) その症状はいつ頃から始まりましたか？

( 月 日から ) ( 日・月・年前から ) ( 年 月 頃から )

3) 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか？

ない ・ 高血圧 ・ 心臓病 (狭心症 ・ 不整脈など) ・ 糖尿病 ・ 脳梗塞 ・ 腎臓病 ・ 喘息 ・ 胃潰瘍 ・ 肝臓病  
 その他 ( )

4) 今までに手術を受けられたことがありますか？

ない ・ ある → 何の手術ですか？ ( )

5) 血をさらさらにする薬を飲んでいますか？

いいえ ・ はい

その他に、現在服用している薬はありますか？

いいえ ・ はい → 薬名 ( )

6) 薬や食物のアレルギーはありますか？

なし ・ あり → ( )

7) タバコは吸いますか？ → 吸わない ・ 吸う

お酒は飲みますか？ → 飲まない ・ 飲む

8) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠していますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？

ない ・ ある

9) 希望される検査はありますか？

ない ・ レントゲン ・ MRI ・ 骨密度 (全身用) ・ その他 ( )

\* よろしければ、当院へお越し頂いたきっかけを教えてください。

- ① 近いから ② 通りすがり ③ ホームページを見て ④ ご家族からの紹介 ⑤ お知り合いからの紹介
- ⑥ 職員からの紹介