

診察申込書 (注：保険証をお忘れになられた方は自費扱いとさせていただきます)

以前当院に受診したことがありますか いいえ ・ はい 紹介状 あり ・ なし
 診察日 年 月 日 持参画像 あり ・ なし

フリガナ				性別		〒		
氏名				男・女	住所			
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日 (歳)	自宅電話番号			
					携帯電話番号			
身長	cm	体重	kg	喫煙	あり (本/日)	・ なし		

1. どのような症状で、いつごろからお困りですか？

症状 いつから

きっかけ、原因はありますか？

交通事故 ・ 仕事中のけが ・ 不明
 スポーツ()
 その他()

2. 現在あるいは過去に、この症状で治療を受けていますか？

いいえ ・ はい()

3. 現在治療中の病気を○で囲んで下さい

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 胃潰瘍
 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 痛風 ・ リウマチ ・ 喘息
 その他()

4. 現在服用しているお薬はありますか？

(お薬手帳があればご提示下さい)
 いいえ ・ はい()

5. 過去に大怪我や病気で手術または治療を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい()

6. 体内にペースメーカー・金属(ステント・プレート等)が入っていますか？

いいえ ・ はい()

7. 今までに薬・食品・ゴム手袋・金属などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい(お薬・食べ物などの名前→)

8. 女性の方へ

・ 現在妊娠中ですか？ いいえ ・ はい ・ 現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

9. リハビリは希望されますか？ いいえ ・ はい ・ 診療時相談

◆症状のある部位に
 ○をつけて下さい。

