



診療申込書

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日			
氏名	様		明・大・昭・平	年	月	日
現住所	〒 ー		電話(自宅)	()		
			携帯電話	ー	ー	

次の項目を読まれて、該当する□に√印をつけてください。

●本日はどこの具合が悪くて受診されますか。

右図の痛いところに○をつけてください。

●いつからですか。

本日 昨日 数日前 ()週間前

()か月前 ()年前

●どのような症状ですか。

痛い しびれる 腫れている 動きが悪くなった

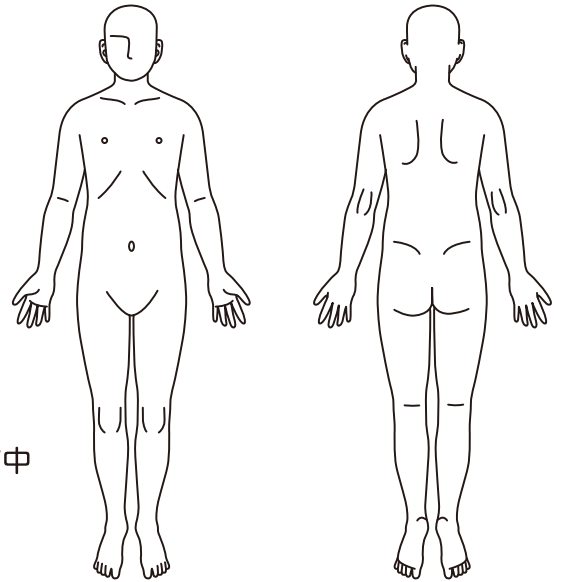
熱を持っている

●原因や経過を簡単に教えてください。

わからない 仕事中 通勤中 交通事故 スポーツ中

その他()

〈経過〉



※上記のことで治療歴はありますか。 ない ある(施設名)

●過去に大きなけが・病気をしたことがありますか。

ない ある()

●現在、治療を受けている病気がありますか。

ない ある (高血圧 糖尿病 心臓疾患 ぜんそく 脳外科疾患)

(婦人科疾患 その他())

●飲んでいるお薬()

●お薬による副作用を経験したことがありますか。 ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお申し出ください。

ない ある (ピリン 抗生物質 その他())

●妊娠あるいはその可能性はありますか。(女性のみ)

ない ある

●中学生以下の方は、体重をご記入ください。()kg

●現在、何かスポーツをしていますか。()

●下記の検査を当初よりご希望の方は√印をつけてください。

MRI 骨密度

●お名前をお呼びしてもよろしいでしょうか。

はい いいえ ※いいえの方には、番号札をお渡しいたします。

●診療明細書は必要でしょうか。

はい いいえ