

診療申込書（自賠責保険使用予定）

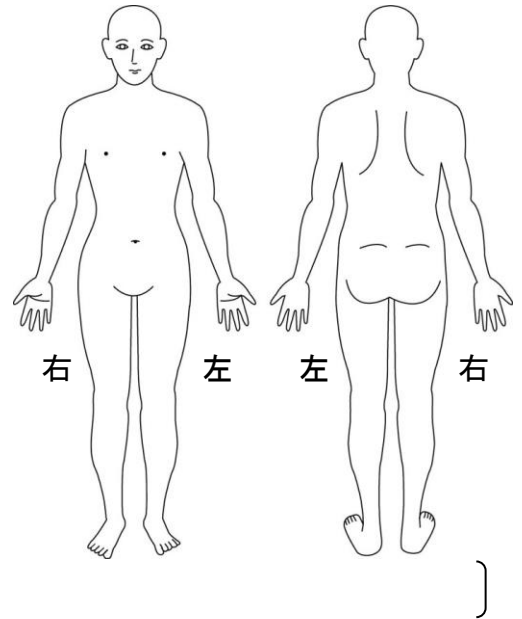
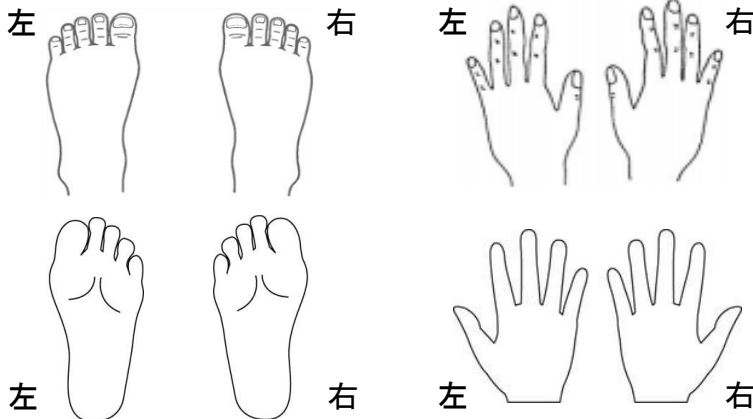
ID _____

日付： _____

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生（才）
お名前			介護認定を受けていますか？ はい ・ いいえ 介護保険利用の有無 あり ・ なし
住所	〒 -		電話番号 - -
			緊急時連絡先 - -
			小学生までの方のみ体重 () kg

※下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい。

1. 来院時の体温は何℃ですか？ 【 °C 】
2. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？
【 紹介（家族・友人・知人）・新聞チラシなどの広告 ・ インターネット ・ 前を通過て 】
3. どのような症状ですか？ 【 痛み ・ しびれ ・ その他() 】
また、症状のある部位に○をつけてください。



4. 症状が生じた原因についてご記入ください。
[_____]

5. 事故発生日はいつですか？ 【 月 日 時 】

6. 痛みが生じたのはいつですか？ 【 月 日 時 】

7. 上記以外で、今までにどんな病気をされましたか？

【 癌・心疾患・肝疾患・腎疾患・肺疾患・糖尿病・高血圧・リウマチ・喘息・その他（ ） 】

8. 現在、上記の病気等で通院していますか？ _____ 【 いいえ ・ はい（ ） 】

9. 現在、飲んでいる薬はありますか _____ 【 いいえ ・ はい（ ） 】

10. ① 薬や注射のアレルギーはありますか？ _____ 【 いいえ ・ はい（ ） 】

② 貼り薬や塗り薬でかぶれた事がありますか？ — 【 いいえ ・ はい（ ） 】

11. ペースメーカーの使用をしていますか？ _____ 【 いいえ ・ はい 】

12. 女性の方にお尋ねします。 現在妊娠中ですか？ — 【 いいえ ・ はい（ ヲ月） ・ 不明 】

現在授乳中ですか？ — 【 いいえ ・ はい 】

13. 自賠責保険を使用して通院される方はご確認の上チェックマークを御記載ください。

毎月1度は必ず担当医の診察に入り症状をお伝えください。

他の整形外科や接骨院、整骨院、鍼灸院との併用はできません。