

診療申込書

ID			電話番号 携帯番号	
フリガナ		年齢	生年月日	
名前		才	住所	〒

① 痛い部位、症状をご記入ください。右図に○印をお願いします。

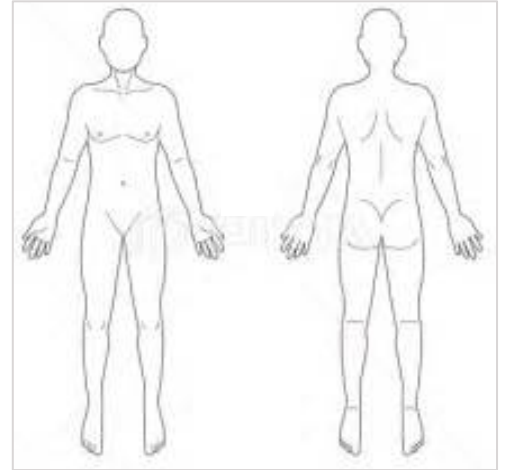
痛み しびれ 腫れ その他 _____

② いつから痛くなりましたか？

今日 昨日 ____日前 ____週間前
____ヵ月前 ____年前 その他 _____

③ 原因はありますか？

特になし 転倒 その他 _____
スポーツ（競技種目： _____）
交通事故（いつ _____）
通勤中、工作中（労災扱い する・しない）



④ 今回の痛みに関して、他院を受診したことがありますか？ いいえ

はい（ 第三病院 ・ その他：院名 _____ ）

→はいの方で行った検査、治療内容： _____

→はいの方 紹介状（あり・なし）

⑤ 薬や食品等のアレルギー（花粉症・アルコールを含む）はありますか？

はい（ _____ ） いいえ

⑥ 現在、治療中、または今までにかかったことのある病気があれば○で囲んでください。

・ぜんそく ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・リウマチ ・脳こうそく ・痛風
・胃かいよう ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・その他（ _____ ）

⑦ 内服薬：（ _____ ）

抗凝固薬内服 あり 薬：（ _____ ） なし

⑧ 【女性の方へ】

・現在、妊娠の可能性はありますか はい いいえ 不明

・授乳中ですか はい いいえ

⑨ 【65歳以上の方へ】 介護保険の申請について あり なし

⑩ 金属、ペースメーカーが体内に入っていますか はい いいえ 不明

はいの方は、部位の記入： _____

⑪ 検査や治療に関して、なにかご希望があればご記入ください

骨密度 血液検査 その他（ _____ ）

⑫ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

ご協力ありがとうございました