

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。

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

____カ月前 ____年前 その他_____

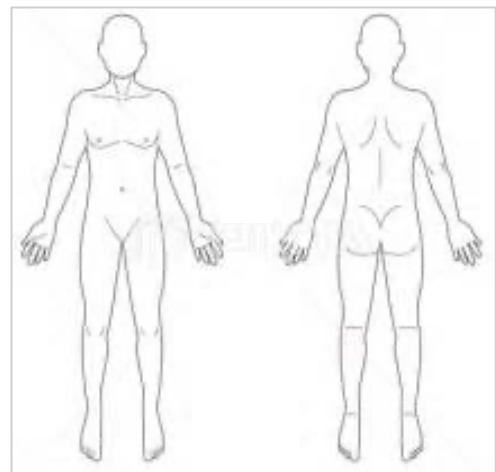
③ 原因はありますか？

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 今回の症状に関して、他院を受診したことがありますか？ いいえ

はい（狛江はく整形外科 ・ 第三病院 ・ その他：院名_____）

→はいの方で行った検査、治療内容：_____、紹介状（有・無）

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】 介護保険について あり なし 申請中

→ありの方、該当項目を○で囲んでください 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5

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