

診療申込書

申込年月日



年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	
お名前	様		S/H/R	年 月 日
		年齢	歳	
ご住所	〒	電話番号	- -	
		携帯番号	- -	
上記以外の 連絡先	〒	電話番号	- -	
		携帯番号	- -	

当院での受診歴 (ある ・ ない)

(ない) に○を付けた方はこの病院をどのようにしてお知りになりましたか?

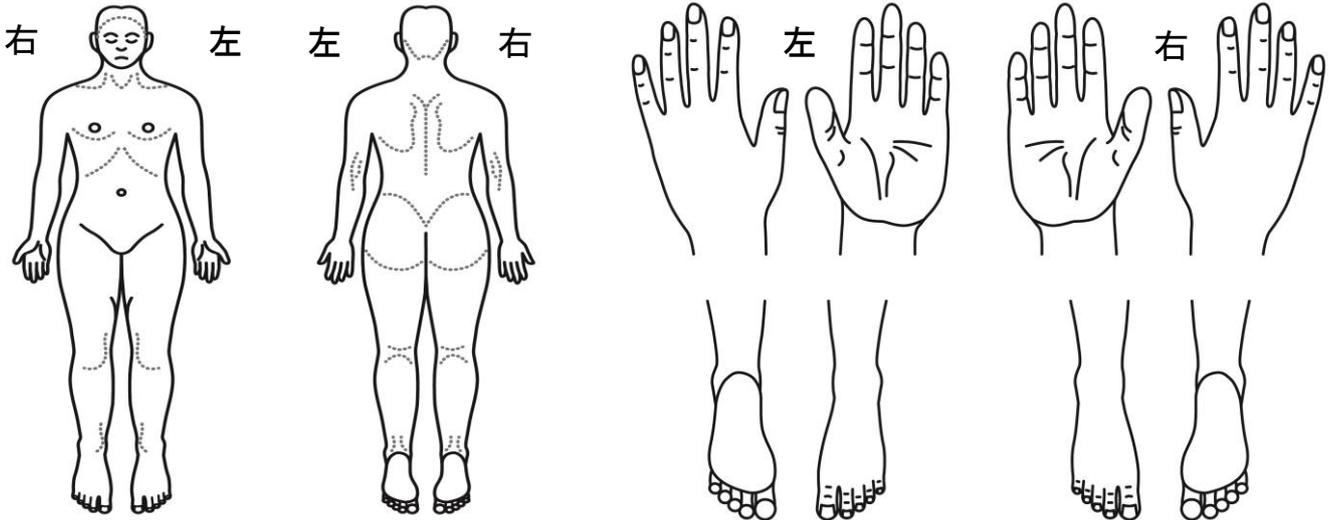
(前を通った・知人より紹介・他院より紹介・家族より紹介・タウンページ・インターネット・その他)

《診察前のおたずね》

★正しい治療を行うための参考にいたしますので、ご記入をお願いいたします。

《現在の状況》

①具合の悪い場所に○をつけてください



②いつからどのような症状ですか?

月 日、 日前から、約 週間前から

約 ヶ月前から、約 年前から

痛い・しびれる・はれている・化膿している
だるい・出血している・動かせない・おでき

⑨今までに大きな病気やケガをしたことがありますか?

いいえ・はい ()

⑩(はい)に○を付けた方は今も治療中ですか?

いいえ・はい (医療機関名)

⑪現在飲んでいるお薬はありますか?

いいえ・はい ()

③原因はありますか?

ない ・ わからない

ある ()

⑫お薬や食べ物でアレルギーはありますか?

薬 ない・ある ()

食べ物 ない・ある ()

④交通事故によるものですか?

いいえ ・ はい (自損 ・ 相手のある事故)

「はい」の場合→事故日 (日) 時間 (:)

⑤業務上のケガ・病気ですか?

いいえ ・ はい

⑥通勤途上のケガ・病気ですか?

いいえ ・ はい

⑦今回の症状で他の医療機関を受診しましたか?

いいえ ・ はい (医療機関名)

「はい」の場合→紹介状 (ある : なし)

⑧(はい)に○を付けた方はその時に入院しましたか?

いいえ ・ はい

(年 月 日 ~ 年 月 日)

【女性の方へ】

①現在妊娠の可能性はありますか?

ある ・ ない ・ わからない

②授乳中ですか?

はい ・ いいえ

嶺整形外科クリニック