

診療申し込み用紙

受付日 年 月 日

フリガナ	
患者氏名	男 ・ 女
生年月日 (大正・昭和・平成・令和)	年 月 日 年齢 歳
住 所 〒	自宅 携帯
職種・職業	スポーツ
勤務先	TEL

現在の状況について 介護認定 (受けている ・ 受けていない)
看護師問診時に、個別ブースご希望の方は受付にお申し出ください。

1. 原因 (業務上 ・ 通勤途中 ・ 学校/通学中 ・ 転倒 ・ 不明)
(その他：)
※ 交通事故による診療は行っておりません。

2. いつ頃から -----

3. どこが (左右など必ず記載して下さい)
膝 (右 ・ 左) 肩 (右 ・ 左)
足 (右 ・ 左) 手 (右 ・ 左)
腰 首
その他 ()

4. 症 状 (痛み ・ しびれ ・ 腫れ)
その他 -----

5. 現在飲んでいる薬はありますか？ (有 ・ 無)
有の場合 -----

6. アレルギー 有 (薬剤 ・ テープ ・ 金属 ・ アルコール ・ ゴム) 無
薬剤名 -----

7. 喫煙歴 有 (継続中 ・ 年 月まで) ・ 無

8. 女性のみ (妊娠中 ・ 授乳中) 無
妊娠週数 -----

※ 当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。