

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	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	年齢
住所	〒				
	電話番号				
勤務先名					
	電話番号				
▼ 現在の状況についてお教え下さい ▼					
1. 介護認定	(受けている ・ 受けていない)				
2. 原因	(業務上 ・ 通勤途上 ・ 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。				
3. いつ頃から	_____				
4. どこが	左右、又は両方などを必ず記載して下さい。 (右 ・ 左 ・ 両方) の肩 (右 ・ 左 ・ 両方) の膝 首 ・ 腰 ・ その他 (_____)				
5. 症状	(痛み ・ しびれ ・ 腫れ) その他 _____				
6. 現在治療中の病気	(無 ・ 有) 有の場合 _____				
7. アレルギー	無 ・ 有 (_____) (薬剤名 _____)				