

診療申し込み用紙

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 〒		身長	cm	体重 kg
		自宅TEL		
		携帯TEL		
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)
 お薬手帳はお持ちですか？ (有 ・ 無)
 お薬手帳がある方は提出をお願いします ない場合は下記へ記入してください
 薬剤名 -----

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. 既往歴 -----

8. 喫煙歴 有 (継続中 ・ 年 月まで) ・ 無

9. 女性のみ (妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 該当なし)

※ 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。