

診療申込書

受付医師：智士Dr・横山Dr・関本Dr・京Dr

記入日：平成 年 月 日

受診理由：① 診療 ② 交通事故（診断書：必要・不必要） ③ 労災

フリガナ		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
氏名						(満才)	
住所	〒	—		(自宅：)	-	-)
				(携帯電話：)	-	-)
職業		勤務先名		(電話：)	-	-)

※紹介者はありますか？ いいえ ・ はい ()

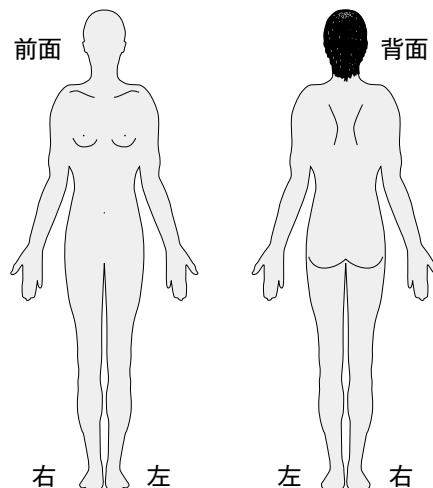
※以前、当院を受診された事がありますか？ いいえ ・ はい (当院入院・手術歴あり)

① 今日はどうされましたか？

症状のあるところに○をつけてください。

◎現在、最もお困りの症状は

【いつから】、【どこが】、【どのような】症状(状態)ですか？



◎この症状で他の医療機関を受診されましたか (いいえ ・ はい)

(はい) の方・・・

・医療機関名 ()

・病名は何と言われましたか？ ()

・紹介状・他院撮影画像等はお持ちですか？ (いいえ ・ はい)

② 現在治療中、または今までにかかった病気はありますか？ (いいえ ・ はい)

高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 胃腸病 ・ 喘息
脳血管疾患 ・ 骨粗鬆症 ・ リウマチ ・ その他 ()

◎現在、何かお薬は飲まれていますか？ (いいえ ・ はい)

(薬品名：) *お薬手帳があればお出してください

③ ②で骨粗鬆症に○をつけられた方・・・現在治療中ですか？ (いいえ ・ はい)

本日、骨密度検査を (受けたい ・ 検査不要 ・ 最近検査を受けた)

④ これまでに手術を受けたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

(はい) の方 → どんな手術ですか？ ()

◎下記にあてはまれば○してください

ペースメーカーが入っている ・ 脳クリップが入っている ・ 人工内耳/中耳が入っている

⑤ 薬品などのアレルギーはありますか？ (いいえ ・ はい)

(はい) の方・・・ ()

⑥ 女性の方 妊娠の可能性はありますか？ (いいえ ・ はい ・ わからない) ・ 授乳中