

申込書および問診票

【 年 月 日】

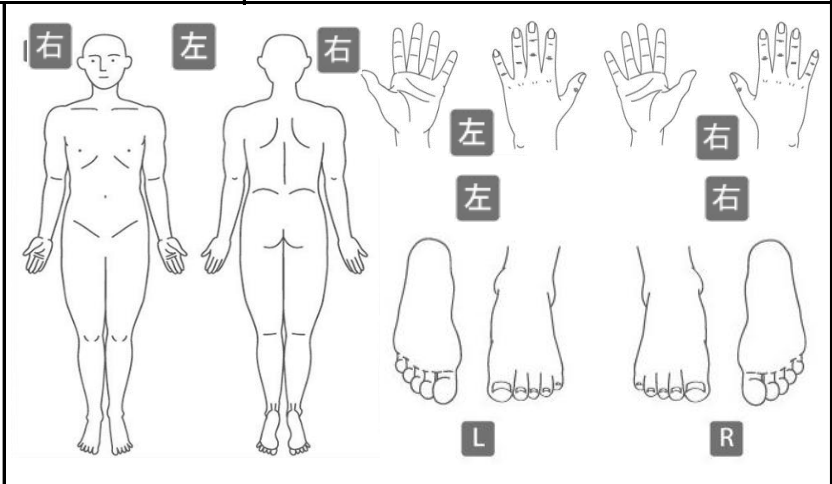
フリガナ	生年月日 (birthday)	性別 (sex)
氏名 (name)	大正・昭和 年 月 日 平成・令和 (満 才)	男 ・ 女
現住所 (address) 〒	電話番号 (telephone) 携帯 () — 固定 () —	

※15歳以下の方は体重を記入してください。(kg)

※お熱がある方 (度)

労災（お仕事中、行き帰りの通勤中）、交通事故によるけがの方は必ず該当するものに○を付けてください	・お仕事中 ・交通事故	・通勤中（行き・帰り） ・該当なし
--	----------------	----------------------

本日はどこが悪くて（痛い部位・怪我した部位等）来院されましたか？また、具体的な症状を記入してください（痛み、しびれ、ぶつけた、切った、など）



その症状はいつ頃からですか？	頃から	
同じ症状で他の病院・診療所にかかった事がありますか？	・はい	・いいえ
今までに大きな病気で治療を受けた事がありますか？ （入院・手術等）	・はい （病名)	・いいえ
高血圧・心臓の病気・糖尿病・アレルギー疾患がありますか？	・はい	・いいえ
現在、治療中の病気はありますか？	・はい	・いいえ
現在、飲んでるお薬はありますか？	・ある ・持参した	・ない ・持参していない
薬のアレルギーはありますか？（例：ピリン系・抗生剤など）	・はい （薬品名)	・いいえ

【女性の方へ】		
・現在、授乳中ですか？	・はい	・いいえ
・現在、妊娠の可能性はありますか？	・はい	・いいえ ・わからない
過去2週間以内に海外渡航歴はありますか？ 「はい」の方。それはどちらの国ですか？	・はい （国名)	・いいえ
新型コロナワクチンは2回接種されましたか？	・はい	・いいえ

※領収書と別に診療報酬算定項目（レントゲン部位や使用した薬剤等）のわかる医療費明細書の発行を希望されますか？	・はい ・いいえ
--	-------------