

カルテNo.
社保・国保・後期・公費・自賠・労災・自費・他
紹介状：あり・なし メディア：あり・なし
お薬手帳：あり・なし 保険証：持参・忘れ・未加入

診療申込書

太枠内をご記入ください

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前 (自署)	性別 男 女	生年月日 大正 昭和 平成 令和 西暦 年 月 日(歳)				職業
		〒 - 携帯電話： 緊急連絡先： 続柄()				

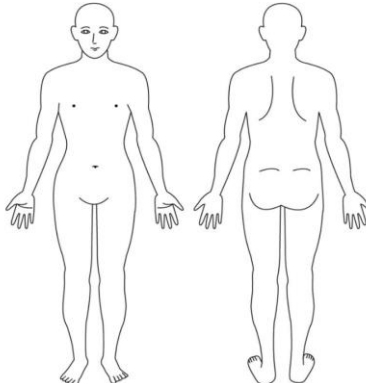
裏面にある案内に同意の上、診療を申し込みます

◆本日はどのような症状で来院されましたか

◆いつ頃からの症状ですか
月 日 (日前 ・ 週間前 ・ 力月前)

◆原因はありますか
わからない ある ()

> 他医療機関や接骨院への受診 いいえ はい (病院名：)
> 業務中・通勤中ですか いいえ はい (労災 未定 しない)
> 交通事故ですか いいえ はい (自損 相手のある事故)



>症状のある場所に印をつけて下さい

◆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 糖尿病 胃潰瘍 その他：)

◆手術を受けたことがありますか：
いいえ はい (内容：)

◆いま飲んでいる薬はありますか：
いいえ はい (内容：)

◆アレルギーはありますか：
いいえ はい (内容[薬・食物・花粉、など]：)

◆喘息はありますか：
いいえ はい

◆【女性の方へ】妊娠や授乳中ですか：
いいえ はい (妊娠 週目) はい (授乳中)

◆生活習慣について教えてください
> お酒は飲みますか： いいえ はい (週 月 日程度)
> たばこを吸いますか： いいえ はい (1日__本) ・ やめた

◆当院へお越しいただいたきっかけをお聞かせ下さい
知人の紹介 ホームページ インターネット検索 家が近い ユビーの検索 その他 ()
他医療機関からの紹介 (紹介元医療機関：) 紹介状： 有 無)

裏面もご覧ください

◆その他、事前に伝えておきたいことがあればお書きください

お名前（自署）：

< ご 案 内 >

- ・ 当院では、安全のために患者さんをお名前でお呼びしております。ご都合の悪い方は受付までお申し出ください。
- ・ 保険証をお忘れの方は、保証金として一万円をお預かりさせていただきます。
- ・ 交通事故の患者さんで保険会社から当院へ連絡などが事前でない場合、自費にて診療費をお預かりさせていただきます。
- ・ 診療内容や緊急度によって、診察の順番が受付の順番と前後する場合があります。
- ・ ご提供頂いた個人情報は、当院の個人情報保護方針及び利用目的に則って適切に管理します。
- ・ 当院では、マイナ保険証の利用等を通じて患者様の診療情報を取得・活用し、よりよい医療の提供に努めています。ご利用の際は受付時にお申し出いただくようご協力お願い致します。

医療法人社団たいける会 渡辺整形外科

<スタッフ記載欄>