



# 診療申込書

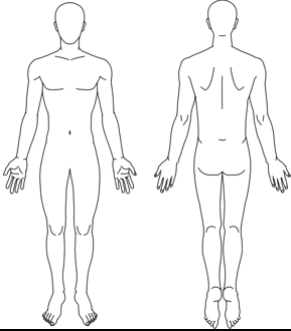
枠内をすべてご記入ください

ふりがな		性別	記入日	年	月	日
お名前 (自署)		男 女	生年月日 (昭和・平成・令和・西暦) 年 月 日 歳			
ご住所  (何人暮らしてですか：自分を含めて 人)		職業：  携帯電話： 固定電話： 緊急連絡先： お名前： 続柄： (その方と同居していますか： いいえ・はい)				

裏面にある案内に同意の上、診療を申し込みます

◆本日来院された目的は何ですか：  
※症状がある方は、右図に印をつけてください

◆いつ頃からの症状ですか： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から  
( \_\_\_\_\_ 日前 ・ \_\_\_\_\_ 週間前 ・ \_\_\_\_\_ ヶ月前 )



◆症状の原因はありますか： わからない ・ ある  
「ある」の場合、内容を記載ください { \_\_\_\_\_ }

業務中・通勤中の場合：( 労災 ・ 未定 ・ しない )  
交通事故の場合：( 自損 ・ 相手のある事故 )  
( 今回の事故について接骨院等での治療： あり ・ 予定あり ・ なし )

◆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  
「はい」の場合、あてはまる病気に○をしてください。「その他」の場合は空欄にご記入ください。  
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 (ペースメーカーなど) ・ 脳血管疾患 ・ 呼吸器疾患 (ぜんそくなど)  
腎臓病 (透析中など) ・ 肝臓病 ・ 悪性腫瘍 (がん) ・ 胃かいよう ・ 眼科疾患 (緑内障など)  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆内服している薬はありますか： いいえ ・ はい  
「はい」の場合、内容を記載ください { \_\_\_\_\_ }  
※お薬手帳をお持ちの場合は受付にお出しください

◆アレルギーはありますか： いいえ ・ はい (薬 ・ 食物 ・ 花粉)  
「はい」の場合、内容を記載ください { \_\_\_\_\_ }

◆【女性の方】  
授乳中・妊娠中または妊娠の可能性がありますか： いいえ ・ はい (授乳中・妊娠 \_\_\_\_\_ 週)

◆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