

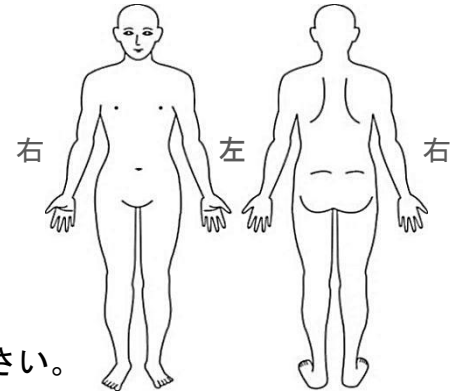
診療申込書・問診票

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生		
お名前	様		() 歳		
ご住所	〒	—	ご職業		
			運動歴		
携帯番号			自宅電話		

1. 交通事故、労働災害または他人による受傷での受診ですか？

- はい
 いいえ



2. いつから、どのような症状がありますか？（場所に○を→）
 できるだけ具体的に書いてください。

3. 現在、受診している医療機関（診療科）があれば、ご記入ください。

- 内科 呼吸器科 循環器科 外科 脳神経外科 耳鼻咽喉科 眼科 歯科
 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 小児科 心療内科・精神科 その他()
 → その病名が分かれば書いてください ()
 → 手術の経験があれば書いてください ()

4. 現在、内服している薬はありますか？（お薬手帳がある方は必ずお出しください）

- はい → どのような薬ですか？
 いいえ

5. 薬や注射でアレルギーや副作用が出たことはありますか？

- はい → どのような薬ですか？
 いいえ

6. 現在、妊娠または授乳中ですか？（女性の方のみ） → はい いいえ

7. 要介護や要支援の認定を受けていますか？（65歳以上の方のみ） → はい いいえ

8. 治療や検査についてご希望はありますか？

- レントゲン → 希望する・ 希望しない 飲み薬 → 希望する・ 希望しない
 湿布・塗薬 → 希望する・ 希望しない 注射 → 希望する・ 希望しない
 リハビリ → 希望する（ 療法士の治療・ 温熱や電気治療） ・ 希望しない
 骨密度検査 → 希望する・ 希望しない

9. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 近所 評判・紹介() から インターネット 電話帳 その他()

※当院はオンライン資格確認を導入し、患者様の同意のもと、診療・薬剤情報等を取得・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。

患者様の個人情報は、診療に関する事以外には、使用いたしません。