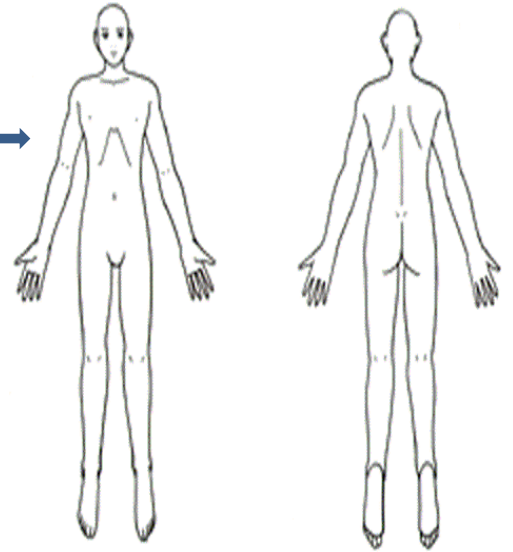


【診療申込書 兼 問診票】

ふりがな		性別		明・大・昭・平
氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒	TEL		
		職業	学校名	

- どの様な症状で来院されましたか？
痛み しびれ 腫れ
その他 ()
- 症状のある部位を右図で示して下さい。 →
- いつ頃から症状は出てきましたか？
()
- その原因に心当たりはありますか？
ある ()
なし
- 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？
はい 病院 医院 接骨院 その他
 治療内容： 投薬 注射 リハビリ
 検 査： MRI CT レントゲン
いいえ



- 過去に同じ症状が出た事がありますか？
はい (年 月頃)
いいえ
 「はい」の方のみお聞きします。その時受診はされましたか？
はい (診断名が分かればご記入下さい：)
いいえ

- 現在、治療中の病気があればお答え下さい。
高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 痛風
リウマチ 腎臓病 肝臓病 皮膚病 歯科治療
その他 () 特になし

- 現在、内服している薬がある場合はご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。
()

- 通院の必要な病気、手術を受けた事がありますか？
体内に機械や金属(ペースメーカー・ステント留置・脳動脈クリップ・人工内耳等)が存在する方は必ずご記入下さい
 病名 (:年) 病名 (:年)

- 注射や薬でアレルギーが出た事がありますか？
ある ()
なし

- 女性の方のみお聞きします。
 妊娠中ですか？ はい いいえ
 授乳中ですか？ はい いいえ 当院をどの様に知りましたか？

- 下記の検査や治療について希望はありますか？

レントゲン	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	1. 近所
飲み薬	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	2. 知人・家族の紹介
湿布	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	3. 他院からの紹介
注射	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	4. 広告・看板
リハビリ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	5. インターネット
			6. その他 ()