

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 平成 令和 | | 年 月 日 | |
| | | (満 才) | | 男 ・ 女 | |
| 世帯主名 | 現住所 (address) 〒 | | | 電話番号 (telephone) | |
| 世帯主との続柄 | | | | () - | |

※15才以下の方は体重を明記してください。(kg)

※お熱がある方(度)

| | |
|--|--|
| お仕事・通勤中(行き・帰り)・第三者行為によるけがの方は必ず該当するものに○をつけてください | ・仕事中 ・通勤中(行き・帰り) ・第三者行為 ・該当なし |
| 本日はどこが悪くて(痛い部位・けがした部位等)来院されましたか? | |
| 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 ・いいえ (病名) |
| 高血圧・心臓の病気・糖尿病 アレルギー疾患がありますか? | ・ある ・ない |
| 現在、治療中の病気はありますか? | ・ある ・ない |
| 現在、飲んでるお薬はありますか? | ・ある ・持参した ・持参していない ・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) | ・ある ・ない (薬品名) |

| | |
|-------------------|-----------------------|
| 【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 ・分からない |

| | |
|---------------------------|-------------|
| 過去2週間以内に海外渡航歴はありますか? | ・はい ・いいえ |
| 「はい」の方。それはどちらの国ですか? | (国名) |
| 新型コロナウイルスワクチンは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名等)の分かる医療費明細書の発行を希望されますか? | ・はい ・いいえ |
|---|-------------|

| | |
|------------------------------|----------------------|
| ※工作中・通勤中に受傷された方のみ ご記入ください | 勤務先名: 勤務先電話:() - |
|------------------------------|----------------------|