

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	・工作中 ・第三者行為	・通勤中(行き・帰り) ・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 (病名)	・いいえ
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	・ない ・持参していない
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 (薬品名)	・ない

【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

※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:() -