診　療　申　込　書

カルテ No.　　年　　月　　日

フリガナ				男　・　女
氏　　名	様			
生年月日	明　・　大　・昭　・　平　　年　　月　　日生　　才			
住　　所	〒　　ー			
電　　話	自　宅	（　　）　　ー	携　帯	ー　　ー

★ 診療上大切なことです。わかる範囲で記入してください。

1）今日はどのような症状で受診されましたか？（症状がある部分に〇を付けてください）

痛い・しびれる・おもい・こる・つっぱる・腫れている・動きにくい・その他（　　）

（お怪我の方）→　・お仕事中の怪我ですか。　（ はい・いいえ ）
・交通事故での怪我ですか。（ はい・いいえ ）
（いつ　　年　　月　　日）

2）その症状はいつ頃から始まりましたか？

（　　月　　日から）（　　日・月・年 前から）（　　年　　月 頃から）

3）今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか？

ない　・高血圧・心臓病（狭心症・不整脈など）・糖尿病・脳梗塞・腎臓病・喘息・胃潰瘍・肝臓病
その他（　　）

4）今までに手術を受けられたことがありますか？

ない　・　ある　→何の手術ですか？（　　）

5）血をさらさらにする薬を飲んでいますか？

いいえ　・　はい

その他に、現在服用している薬はありますか？

いいえ　・　はい　→薬名（　　）

6）薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし　・　あり　→（　　）

7）タバコは吸いますか？　→　吸わない　・　吸う

お酒は飲みますか？　→　飲まない　・　飲む

8）女性の方にお聞きいたします。現在妊娠していますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？

ない　・　ある

9）希望される検査はありますか？

ない　・　レントゲン　・　ＭＲＩ　・　骨密度（全身用）　・その他（　　）

＊よろしければ、当院へお越し頂いたきっかけを教えてください。

①近いから ②通りすがり ③ホームページを見て ③ご家族からの紹介 ④お知り合いからの紹介
⑤職員からの紹介