

# 受診申込書

※紹介状、検査画像（レントゲンフィルム、CD-R など）をお持ちの方は、必ず受付にご提出ください。

ふりがな		生年月日・年齢	当院使用 問診 登録 入力
患者氏名	様	明・大 昭・平 年 月 日 ( ) 歳	
ご住所	〒 -	電話① ( )	
男・女		電話② ( )	

\* (女性のみ) 現在妊娠中ですか? ( はい いいえ )

「はい」の方は、週数・日数もご記入ください。(妊娠 週 日目)

\*いま、何かお薬をのんでいますか? ( はい いいえ ) 本日お薬手帳ご持参( あり・なし )

「はい」の方はお薬手帳など、現在服用しているお薬の内容がわかるものを診察室でお出してください。  
内科や外科、耳鼻科、眼科、歯科など他の病院からのお薬も、今回の診療に関係することがあります。

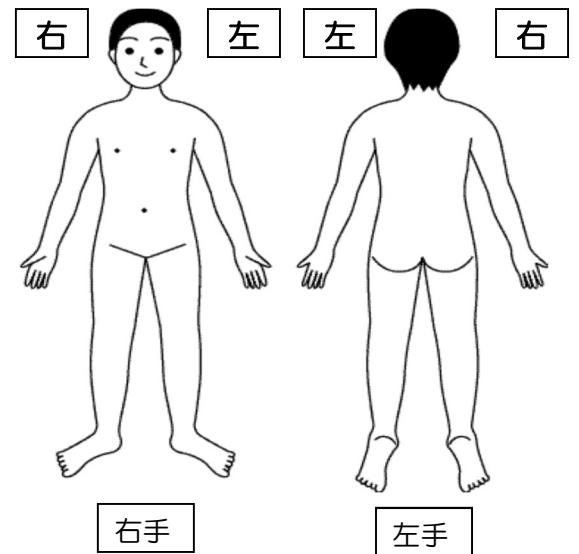
## 問診 (わかる範囲で正確にご記入ください)

・具合の悪い場所、痛い場所、気になる場所はどこですか?

図に○をつけてください。複数でも結構です。

または下のうちであてはまるものに○をつけてください。

- くび (頸部)    かた (肩)    背中    こし (腰部)
- ひじ (肘)    ひざ (膝)    股関節 (足の付け根)
- おしり (臀部)    足くび    足、かかと    足のゆび
- そのほか ( )



・それはいつからですか?

- 今日    昨日    ( ) 日前
- ( ) 週前    ( ) 月前
- 平成    年    月    日から

・原因は何ですか? ○をつけてください。

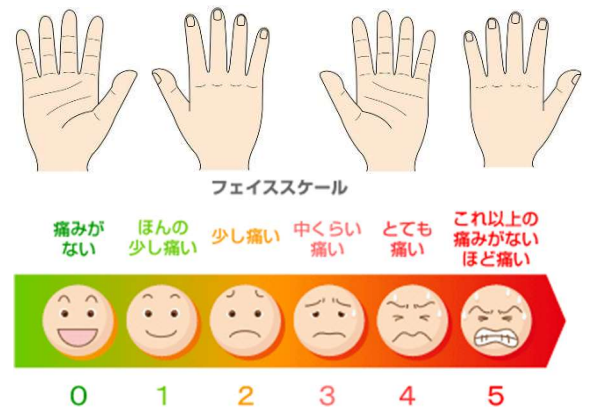
交通事故    学校でのケガ    工作中・通勤中のケガ (労災)

※ 労災 (予定も含む) の方は以下もご記入ください。

ご勤務先の名称: \_\_\_\_\_

ご勤務先 TEL: ( ) \_\_\_\_\_

スポーツに関する症状    転倒など不慮のケガ  
特に原因は思いつかない    そのほか ( )



2 枚 目 も ご 記 入 く だ さ い



- ・ 今回の症状で、ほかの病院や接骨院、整骨院などで治療中ですか？ (はい いいえ)
  - 治療中の医療機関名：( )
  - 病名は何と説明されていますか？ ( )
  
- ・ これまでにかかった病気、またはいま治療中の病気に○をつけてください。
 

糖尿病	ぜんそく	高血圧	心臓病 (不整脈、狭心症、心筋こうそく)
脳こうそく/脳卒中	胃かいよう/十二指腸かいよう		甲状腺の病気
がん/腫瘍 ( )	目の病気 (緑内障、白内障など)		歯の病気 (歯周病など)
心療内科疾患 (不安神経症、うつ病など)	認知症		
そのほか ( )			
特になし			
  
- ・ これまでに手術を受けたことはありますか？ (はい いいえ)
  - 「はい」の方は手術された部位と手術名をお書きください。  
( )
  
- ・ アレルギーはありますか？ (はい いいえ)
  - 「はい」の方：内容をお書き下さい。( )
  
- ・ 心配なことや気になることについて、あてはまるものがあれば○をつけてください(複数でも結構です)。または検査や治療について知りたいこと、ご要望などを自由にご記入下さい。
  - レントゲンやCT、MRI、採血などできちんと検査してほしい
  - 薬を飲んだが、または注射をしたが症状がおさまらない
  - 症状はそれほど困っていないので、心配な病気でなければ薬はいらない
  - 特定の病気(病名 )ではないかと心配している
  - 骨がもろくなっている(骨そしょう症)のが心配なので検査や治療をしてほしい
  - 症状の原因がわからず、これからどうなるのか気になる
  - がまんしてスポーツ、仕事や趣味を続けて悪化してしまった
  - 仕事、旅行やスポーツの試合などの予定があり、間に合うかどうか心配している
  - よくなる可能性があれば手術を考えている、またはもともと手術を希望して受診した

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ち下さい。

※当院は領収書のほかに、診療報酬算定項目の明細書を交付しております。不要の方はお申し出ください。

