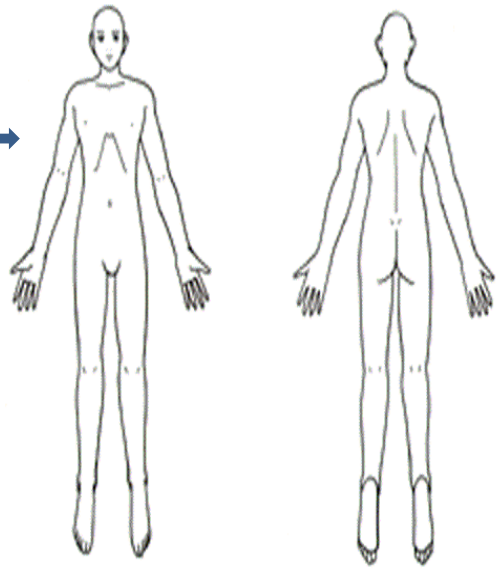
令和　　年　　月　　日

【診療申込書　兼　問診票】

ふりがな		性　別	生年月日	明・大・昭・平・令
氏　名		男・女		年　　月　　日
住　所	〒		携帯電話	
			職　業・学校名	

1．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（　　）

2．症状のある部位を右図で示して下さい。



3．いつ頃から症状は出てきましたか？
（　　）

4．その原因に心当たりはありますか？
□ある　（　　）
□なし

5．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

6．過去に同じ症状が出た事はありますか？
□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

7．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

8．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。
（　　）

9．通院の必要な病気、手術を受けた事はありますか？
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）

10．注射や薬でアレルギーが出た事はありますか？
□ある　（　　）
□なし

11．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

12．介護保険証(介護度)をお持ちですか？
□あり　□なし

13．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	□希望する	□希望しない
飲み薬	□希望する	□希望しない
湿布	□希望する	□希望しない
注射	□希望する	□希望しない
リハビリ	□希望する	□希望しない

14．当院をどの様に知りましたか？
1．近所
2．知人・家族の紹介
3．他院からの紹介
4．広告・看板
5．インターネット
6．その他（　　）