

診療申込書(外来)		申込年月日 年 月 日	
現在、入院中ですか？		(はい ・ いいえ)	
本日は、他医療機関からの紹介状をお持ちですか？		(はい ・ いいえ)	
介護認定を受けていますか？		(はい ・ いいえ) 利用施設名：	
これまでに当院を受診したことがありますか？		(はい ・ いいえ) (いつ頃お見えになりましたか？ 年頃)	
フリガナ		性別	生年月日 (大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和)
氏名		男 ・ 女 (L・G・B・T・Q)	年 月 日生 (歳)
現住所	〒 市 町 番地 (郵便番号がお分かりになれば、必ずご記入下さい。) (番地、アパート名、号室までご記入下さい)		勤務先名 ※学生の方は学校名をご記入ください。
電話番号	ご自宅 () ー 携帯番号 (ー ー)		勤務先番号
おケガの場合に お尋ねします	仕事中的お怪我ですか？ (はい ・ いいえ) 通勤中的お怪我ですか？ (はい ・ いいえ) 交通事故ですか？ (はい ・ いいえ)		

- ・当院では、外来診察時、治療時、会計時等に患者さまのお名前をお呼びしております。
- ・当院では受付順に診察を行っておりますので、受付簿にお名前と診療内容を記入して頂いております。
- ・当院では、次の内容についてお答えします。(病状等の重大なことはお伝えできません)

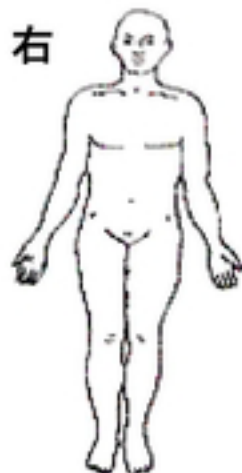
- 1、ご親族、ご友人、お知り合いの方より患者様がお見えになっているかの問い合わせ
- 2、勤務先または学校から患者様ご自身の病状(通院されているかの確認、通院期間等)
- 3、保険会社へ診断書ではなく、ご本人の申告で保険給付の申請をされて再度、保険会社よりその内容(病名、通院日、治療内容等)についての確認
- 4、交通事故で、警察署より患者様ご自身の病状(病名、今後の通院に必要な療養期間等も含む)
- 5、交通事故で、自賠責を使うのに損保会社より当院に通院しているか、初診日、病名、通院日等の問い合わせ

※不都合のある患者様は、受付までお申し出ください。

氏名

◎次のことにお答えください。

1. 本日は どこを診ていただきますか。
または、痛い部位に○をしてください。



- いつ頃からですか？

[]

- どこで、どのようにされましたか？

[]

2. どうありますか。状態をお書きください。

- ☐痛み（有・無） ☐腫れ（有・無） ☐しびれ（有・無）
☐発赤（有・無） ☐変形（有・無）
☐歩行（可・不可） ☐皮膚の色は悪いですか。

3. 当院以外でかかっている病院・医院・整骨院等がありますか。(有・無)
有る場合は、病院名もお書きください。

今現在服用中のお薬等ございましたら、ご記入ください。

- ☐高血圧症 ☐心臓病 ☐糖尿病 ☐喘息
☐その他（ ）

※お薬手帳等をお持ちでしたら、看護師までお見せください。

4. 手術をされたことはありますか。(有・無)

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|---|------|-----|----|---|
| 例 (| 16 |) 歳 | (| 〇〇病院 |) (| 盲腸 |) |
| ① (| |) 歳 | (| |) (| |) |
| ② (| |) 歳 | (| |) (| |) |
| ③ (| |) 歳 | (| |) (| |) |
| ④ (| |) 歳 | (| |) (| |) |
| ⑤ (| |) 歳 | (| |) (| |) |

5. お薬や食べ物でアレルギーはありますか。(有・無)

6. 妊娠中ですか？又は可能性がありますか？（有・無）

7. 現在、授乳中ですか。(はい・いいえ)

8. 今、現在しているスポーツがありますか。種目（ ）年数（ ）年