

初 診 申 込 書

No.

年 月 日

ふりがな				男・女
氏 名				
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日 (歳)
住 所	〒			電話 () 携帯 ()
勤 務 先				電話 ()

本日はどうなさいましたか？（部位とその症状をご記入ください）

	どこが	いつから	どうなさいましたか？
1			
2			

原因はなんですか？ ・ 仕事中 ・ 通勤、通学または帰宅途中 ・ 交通事故 ・ スポーツ中
 ・ 不明 ・ その他 ()

身長と体重をお聞かせください。 身長 cm、 体重 kg

問診欄 治療に必要なになりますので、どちらかに○で囲んでください。

- ・ 大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことがある。 (はい・いいえ)
- ・ 注射をして気分が悪くなったり、薬にて発疹がでたことがある。 (はい・いいえ)
- ・ アレルギー体質といわれたり、喘息をおこしたりしたことがある。 (はい・いいえ)
- ・ 家族の方で、アレルギー体質や、大きな病気をされた方がいる。 (はい・いいえ)
- ・ けいれんを起こしやすい体質である。 (はい・いいえ)
- ・ 現在、他の病院、医院にかかっている。 (はい・いいえ)
- ・ 現在、他の整形外科にかかっている。 (はい・いいえ)
- ・ 現在、服用している薬がありますか () (はい・いいえ)
- ・ 現在、妊娠あるいは妊娠の疑いがある。 (はい・いいえ)
- ・ 現在、授乳中である。 (はい・いいえ)

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ・ 医療機関からの紹介 _____ 病院・医院
- ・ 当院の患者さんからの紹介 _____ 様・知人の紹介 _____ 様
- ・ 以前受診したことがある ・ 家族が受診したことがある ・ 自宅が近い ・ 勤務先が近い
- ・ インターネット ・ その他 _____

病院へは

- ・ 徒歩 ・ 車 ・ JR ・ 阪急 ・ バス ・ 自転車 ・ スクーター

その他、特記事項等ございましたらご記入ください。