

受診申込書

申込日 年 月 日

☆ お仕事中（労災）又は交通事故でのおケガですか？	はい	いいえ
☆ 他の医療機関からの紹介状・レントゲン又はCDをお持ちですか？	はい	いいえ

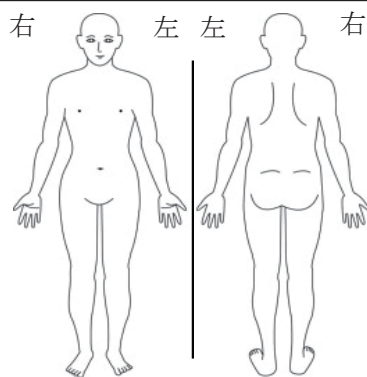
フリガナ _____ 男 _____ 生年月日 _____
 お名前 _____ 女 _____ T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

住所（〒 _____ - _____ ）

電話番号：自宅（ _____ ） - _____ 携帯（ _____ ） - _____

職業（職種・学校名） _____ 学年 _____ 年生 _____

1. どこをみてもらいたいですか？
下の図に○をつけてください



2. いつ頃からですか？
 例：○月△日ころから _____

3. 痛くなった原因
 （分かる範囲で具体的にお書きください）
 例：転んで手を着いた・重いものを持ち上げた _____

4. 薬・食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ はい いいえ
 「はい」と答えた方 ← _____
 どんな薬・食べ物でしたか？ _____

5. 介護保険を申請し利用されていますか？ はい いいえ
 「はい」と答えた方 ← _____
 いずれかに○を付けてください
 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

6. <女性のみ>妊娠中ですか？ はい いいえ

7. 現在 他に受診されている医療機関はありますか？ はい いいえ
 「はい」と答えた方 ← _____
 いずれかに○を付けてください
 整形外科・内科・眼科・皮膚科・歯科・その他（ _____ ）

8. スポーツをしていますか？ はい いいえ
 「はい」と答えた方 ← _____
 いずれかに○を付けてください
 少年団・部活動・クラブチーム・趣味・その他（ _____ ）
 スポーツ名： _____ 活動頻度： _____
 チーム名： _____ 競技年数： _____
 種目又はポジション： _____