

<h1 style="margin: 0;">診療申込書</h1>		(初めての方はこれにお書きください)	
No. _____			
ふりがな お名前： _____		様	男 ・ 女
		職業	
生年月日：昭和・平成・令和 年 月 日生		才 月	
おところ：〒 _____		携帯	
		でんわ	
おつとめ先名： _____		でんわ	

1. 具合の悪いところはどこですか？  
右図に○印をつけて下さい。
2. どのような症状ですか？  
(ア) 痛い  
(イ) しびれる  
(ウ) 腫れている  
(エ) 動きが悪い  
(オ) その他( )
3. いつからですか？  
(令和 年 月 日頃)
4. 原因と思われることはありますか？  
なし ( )  
あり ( )  
(交通事故・仕事中)  
該当する方はどちらかを○で囲んでください
5. 今回の症状に関して治療を受けた事がありますか？  
なし あり (病院名 )
6. 現在治療中、または今までにかかった事のある病気及び手術を○で囲んで下さい  
・特になし ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・ぜんそく ・胃かいよう  
・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・リウマチ ・脳こうそく ・痛風  
・その他 ( )  
(いつ頃 )
7. 服用している薬がありますか？  
なし あり (お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい)  
お薬手帳のない方は薬の名前をご記入下さい  
( )
8. 薬の副作用・アレルギーはありますか？  
なし あり (薬の名前 )
9. 女性の方へ  
妊娠の可能性はありますか？ もしくは授乳中ですか？  
なし あり ( ヶ月) 授乳中

