



太枠内は必ず正確にご記入下さい。

受診日： 年 月 日

ふりがな：  
 お名前：( ) 性別：( 男 ・ 女 )  
 生年月日：( 明・大・昭・平 年 月 日 ) 年齢：( )  
 住所：( )  
 自宅電話番号：( ) 携帯番号：( )  
 ★他院からの紹介状・レントゲンフィルムをお持ちの方は、受付へお出しください。

●当院は院外処方です。希望薬局をご記入ください。( ) ※保険手続き上、薬局は1ヵ所として下さい。

- ・交通事故の場合、当院では健康保険での診療は行っておりません。
- ・自賠責保険の手続きができるまで窓口会計は、全額自費となります。
- ・当院が初診の場合、事故による痛みが出ている方は、当院からお出しする診断書を警察に提出していただき人身事故として治療させていただきます。
- ・転院の場合、警察の現場検証を終え、人身事故の届けを警察に提出した場合のみ診察をさせて頂いております。

●いつの事故ですか？ 年 月 日

●警察による現場検証はお済みですか？ (はい・いいえ)

●事故後の診察は当院が初めてですか？ (はい・いいえ) 病院→紹介状が必要になります。

●受診の目的：どこに、いつから、どのようなきっかけで、どのような症状がありますか？

どこに？ ( 右 ・ 左 頭 ・ 頸 ・ 背中 ・ 腰 ・ 肩 ・ 上腕 ・ 肘 ・ 前腕 ・ 手首 ・ 手 )  
 ( 股関節 ・ 大腿 ・ 膝 ・ 下腿 ・ 足首 ・ 足 ・ その他 ( ) )

●症状の経過 (いつから、どのような事故で、どのような症状があるか、ご記入ください)

( )  
 ( )

●この場では申告しにくいこと (病歴・薬・今回の経過など) がありますか？ はい・いいえ

※「はい」に○をされた場合は、待合室での問診を控えさせていただきます。

### 人身事故の場合

★★★自賠責保険での治療となるため、当院では最低週1回の診察は必須です★★★

①アレルギーの病気 (体質) はありませんか？

無 ・ 有 : 喘息・花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー・キシロカイン・薬・注射・食物など

その他 : 具体的にお書き下さい ( )

②今までに大きな病気・手術・ケガで入院されたことはありますか？

無 ・ 有 : 具体的にお書き下さい ( )

③お体にペースメーカー・ステント・金属・人工内耳・タトゥー (刺青) などは入っていますか？

無 ・ 有 : 具体的にお書き下さい ( )

④現在、病気で治療されていますか？

無 ・ 有 : 具体的にお書き下さい ( )

⑤他院の薬を飲んでいますか？ 薬の情報 (お薬手帳など) を受付にお出し下さい。

無 ・ 有 : 具体的にお書き下さい ( )

●女性の方にお尋ねします。

現在の妊娠の有無 有 ・ 無 ・ 不明

現在の授乳の有無 有 ・ 無