



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。

※確認のため、保険証のコピーを1部とらせて頂きます。

●当院は院外処方です。希望薬局をご記入ください。()

●本日来院されたのは… 交通事故のケガですか？ はい・いいえ

★「はい」の方は、受付で交通事故用の問診票を受け取ってご記入下さい。

… 工作中的のケガですか？ はい・いいえ

交通事故・工作中的のケガ(労災)は、当院では健康保険証での診療は行っておりません。

自賠責・労災となります。手続きができるまで窓口会計は全額自費となります。

また、公務員の方の労災・通勤災害の場合は「公務災害」となり、当院では治療は行っておりません。

●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、どのようなきっかけで、どのような症状があるか、等)

(_____

 _____)

●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頂きます。

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

●50～75歳の女性の方にお尋ねします。

当院では無料で骨粗しょう症の簡易検査を行っています。

希望されますか？ はい・いいえ