

診療申込書

保険証の種別

国保・健保(本人、家族)・労災・事故・生保・一般・寿・老

平成 年 月 日

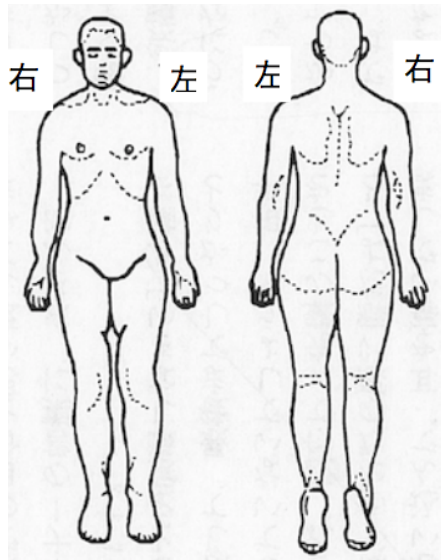
住所

ふりがな
氏 名

TEL

生年月日 明・大・昭・平 年(西暦 年) 月 日生()歳 男・女

①本日は、どこの具合が悪くて来院されましたか？下図に○をつけてください。



症状

②負傷(または病気)の原因

交通事故 労災 学校 その他

状況

()

③負傷した日(または症状の出現した日)

年 月 日

④痛みや具合の状態

すごく痛い やや痛い

その他

()

⑤今回の負傷(病気)について他の病院で治療を受けていますか？

受診していない

受診している 年 月 日

病院名

病名

⑥今までにかかった病気またはけが

()

⑦現在飲んでいる薬

※おくすり手帳をご持参ください

()

⑧薬またはその他のアレルギー

なし あり

()

⑨女性の方のみ：妊娠していますか

あり なし

⑩診療を希望する診療科目

整形外科 リハビリ

外科(胃腸科・肛門科)

内科(循環器・呼吸器・血液疾患)

脳外科(火木のみ)

⑪その他に質問、ご希望がありましたらご記入ください

●当院をどこで知りましたか。下記に丸を付けてください。

家族が受診していた・他病院からの紹介・知人からの紹介・近所・看板・ホームページ

その他(

)