診　療　申　込　書

記入日：令和　　年　　月　　日

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏　名		男・女	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　歳）
現 住 所	〒　　－		
電話番号	－　　－	携帯番号	－　　－
当院にどのような方法で来院されましたか？		自家用車 ・ 送迎バス ・ タクシー ・ 徒歩 ・ その他	
過去に当院を受診したことはありますか？		あり ・ なし ・ わからない	
過去に旧姓で受診歴のある方は記載ください		旧姓：	
他院からの 紹介状・CD-R（画像）はお持ちですか？		【紹介状】 あり ・ なし	【CD-R】 あり ・ なし
交通事故によるケガですか？		はい	いいえ
業務中・通勤途上・学校 でのケガですか？		はい	いいえ
はい と答えられた方は 会社又は学校名・電話番号を記載ください		会社・学校名	
		電話番号	－　　－
介護認定について記載ください		要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2 なし	
介護サービス利用中の方は、ケアプランセンター名 ケアマネージャー名を記載ください		ケアプランセンター名	
		ケアマネージャー名	
医療機関・介護施設に入院・入所中の方は記載ください		医療機関・施設名	
自宅生活の方は、生活環境を記載ください		１人暮らし ・ 夫婦２人暮らし ・ その他２人以上暮らし	

※これまでの治療経過や今後の治療方針等を情報共有することを目的に、記載された医療機関・介護施設・ケアマネージャー等に連絡させて頂くことがあります。同意出来ない場合にはその旨をお申し出ください。又、保険外負担（診断書等）に同意出来ない場合にもお申し出ください。どちらもお申し出がない場合には、同意頂けるものとして取り扱わせて頂きます。

※医療安全対策・患者取り違え防止の為、お呼び出しはお名前で行っております。記入頂いたお名前以外で、お呼び出し名を希望される方はお申し出ください。

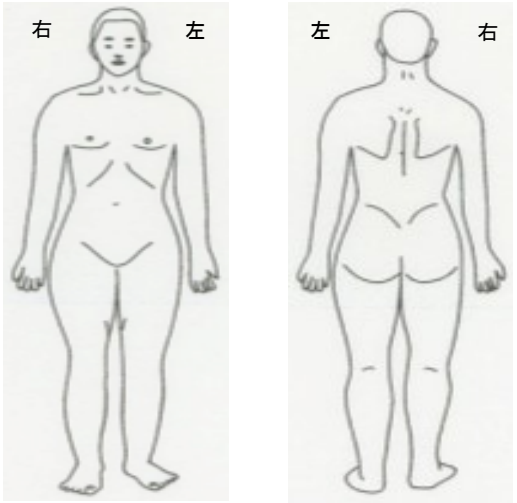
※保険証をご利用される方は、保険証をコピーさせて頂いておりますのでご了承ください。

問　診　票

ID No. [　　]　　来院時間 [　　：　　]

身長　　cm　　体重　　kg

■症状のある部位はどこですか？
（右の絵に〇で印をつけて下さい）



■いつ頃からですか？
[　　]

■どのような症状がでていますか？
□腫れ　□痛み　□熱感　□しびれ
□赤くなっている　□出血　□変形
□その他　[　　]

■原因と思われることはありますか？
[　　]
□なし　□わからない

■薬や食べ物でアレルギー反応をおこしたことはありますか？
□あり　□なし
（薬）　[　　]
（食べ物）　[　　]
（症状）　[　　]

■現在、治療中の病気はありますか？　※お薬手帳持参の方はご提示ください
□あり　□なし
□糖尿病　□喘　息　□高血圧　□肝・腎疾患　□心疾患　□脳疾患
□その他　[　　]
内服薬名　[　　]　※特に、血液をさらさらにする薬などはありませんか？
通院病院名　[　　]

■今までに大きな手術を受けたことはありますか？
□あり　[　　]　□なし

■女性の方へ
現在、妊娠されていますか？
□はい　＿＿＿週＿＿＿日　□いいえ　□可能性あり　□わからない
現在、授乳中ですか？
□はい　□いいえ

※備考欄　[　　]

※ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください※

社会医療法人　栄公会　佐野記念病院