

診療申込書（初診の方）

この申込書に書かれる個人情報、あなた様の診療以外の目的に用いることはありません。

フリガナ		職業
お名前	男・女	
生年月日	(西暦 年 月 日) (歳) 大正・昭和・平成・令和	
住所	〒	
ご連絡先①		ご連絡先②

【1】 5日以内に 37.5℃以上の発熱はありましたか？

なし ・ あり

【2】 今までに大きな病気・ケガをしたことがありますか？

なし ・ あり 病名 () いつですか？ (年前)

【3】 現在治療中の病気がありますか？

なし ・ あり 病名 ()

病院 クリニック名 ()

【4】 お薬でアレルギーを起こしたことはありますか？

なし ・ あり 薬剤名 ()

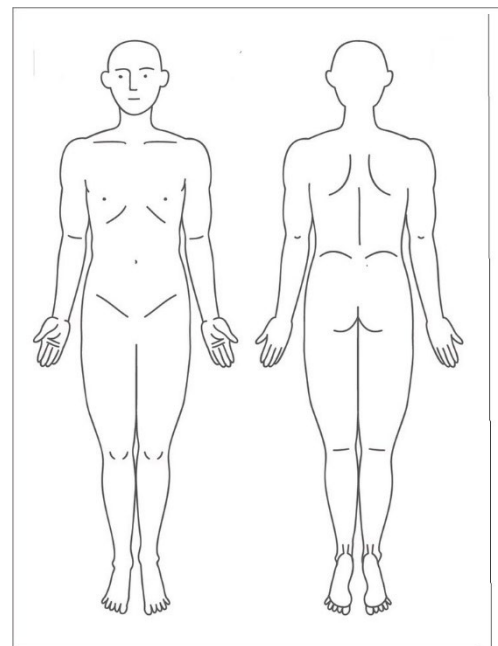
【5】 <女性の方へ> 現在妊娠している可能性はありますか？

なし ・ あり

[症状のある部位に○をつけて下さい]

【6】 本日受診された理由の症状・気になる事柄についてお尋ねします。

- ◆ 交通事故が原因ですか？ いいえ ・ はい
- ◆ 工作中（通勤中）のケガですか？ いいえ ・ はい
- ◆ どうされましたか？ それはいつからですか？



◆ このことですでに他の医療機関で診てもらっていますか？

いいえ ・ はい

医療機関名 ()

治療法 ()

【受付日 年 月 日】

 受付記入欄： マイナ 保険証スキャン 申込書スキャン 受診票発行 住所/TEL 入力