診療申込書（初診の方）

この申込書に書かれる個人情報は、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	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日　（　　歳）	
住　所	〒	
ご連絡先①		ご連絡先②

【1】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）

【2】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（　　）

【3】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（　　）

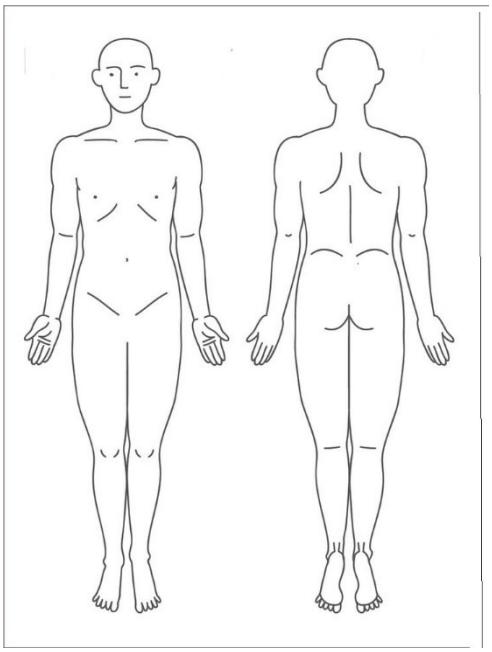
【4】〈女性の方へ〉現在妊娠している可能性はありますか？

なし　・　あり

【5】〈高校生が一人で受診する場合〉原則、保護者の付き添いが必要です。本日一人受診することは保護者の了解を得ていますか？

はい　・　いいえ

［症状のある部位に〇をつけて下さい］



【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

◆　仕事中（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】