

# 診療申込書

(初めて受診する方・健康保険・仕事中や通勤中のケガ)

令和 年 月 日

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )

住所 〒

TEL (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

緊急連絡先 (続柄: \_\_\_\_\_) (名前: \_\_\_\_\_)

職業 ( 会社員 ・ デスクワーク ・ 重労働 ・ その他 )

学校 ( 幼稚園 ・ 保育園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 大学 ・ 専門学校 年生 )

介護保険 ( なし ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中 )

→利用内容 (リハビリ ・ デイサービス ・ その他 )

※ 下記は仕事中のケガや通勤災害などの方はご記入をお願いします。

受診方法 ( 労災保険 ・ 健康保険 ・ 未定 )

勤務先 \_\_\_\_\_ 勤務先 TEL \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

① 現在治療中の病気がある方は○をつけてください

心臓病、脳梗塞、喘息、高血圧、糖尿病、腎臓病、胃潰瘍、リウマチ、その他 ( )

②過去に大きい手術を受けたことがありますか。

あり ( ) ・ なし

③女性の方へ、現在妊娠や授乳をしていますか。 ( 妊娠中 ・ 妊娠していない ・ 授乳中 )

④お薬、注射、食べ物でアレルギーや副作用が出たことはありますか

あり ( ) ・ なし

※ お薬手帳、紹介状、MRI や CT 画像データがあれば、受付に提出してください。

アンケート：当院を何で知りましたか？ (複数回答可)

・ ホームページ ・ 口コミ ・ イトヨカドー内ポスター ・ 整骨院

・ 家族や知人の紹介 ( 様 ) ・ その他 ( )