

診療申込書 (初めて受診する方・交通事故用)

令和 年 月 日

フリガナ

性別 男・女

名前 _____ 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 (_____) 学校 (就学前・小学・中学・高校・大学・専門)

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、その他 (_____) ・なし

② 過去に大きい手術、首の痛みや腰痛で治療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

⑤ 警察提出用の診断書は必要ですか。 (はい ・ いいえ)

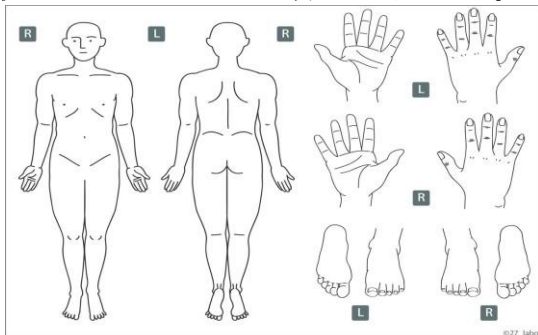
※おくすり手帳、紹介状、MRI や CT 画像データがあれば受付に提出して下さい。

① 事故日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ② 症状が出た日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

② 事故の状況を教えてください。(図でも結構です)

<本人: 歩行者・自動車(運転席・助手席・後部座席)・自転車> <相手: 歩行者・自動車・自転車>

③ 症状のあるところに○を書いてください。



(痛み・しびれ・違和感・発赤・腫脹・傷)

④ 希望の治療はありますか。 (内服 ・ 湿布 ・ 塗り薬 ・ リハビリ ・ 整骨院)

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 ・ イトーヨカドー内ポスター ・ 整骨院

・家族や知人の紹介 (_____ 様) ・その他 (_____)

承諾書

私は、交通事故等により貴医療機関で治療を受けるにあたり、損害保険会社等の紹介手続きについて同意し、下記にかかげる私の診療情報に関する書類を、損害保険会社等に提供することを承諾いたします。

又、損害保険会社等が治療費の支払いを拒絶した場合、並びに損害保険会社等が確定しない場合には、私が責任をもって全額支払いすることをお約束いたします。

記

1. 自賠責用診断書
2. 診療報酬明細書（レセプト）
3. その他照会

以上のことにつき同意し承諾いたしました。

年 月 日

〒062-0042

北海道札幌市豊平区福住2条1丁目2-5
イトーヨーカ堂福住店 福住メディカル6階
医療法人 福住整形外科クリニック
理事長 亀田和利

(承諾者) 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

勤務先 _____