診　療　申　込　書

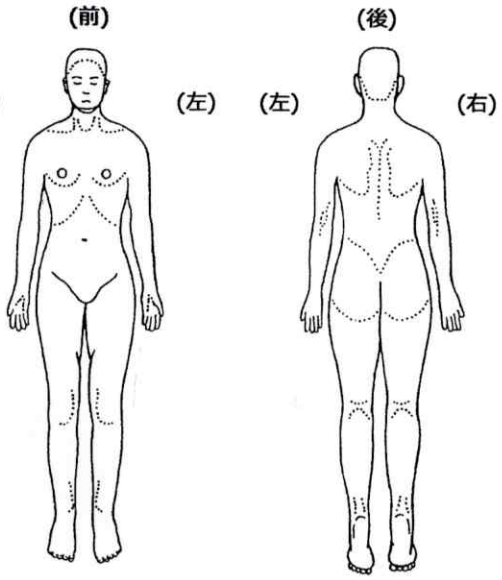
★適切な診療を行う参考にいたしますのでご記入ください。　　令和　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	住所	
氏　名	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日		TEL	
			職業	

(1)本日はどうされましたか？右下の図で症状がある場所に○をつけてください

(2)現在の症状に☑をいれてください。

□痛い　□しびれる　□おもい　□つっぱる　□はれている
□動きが悪い　□その他（　　）



(3)それはいつ頃から、始まりましたか？

年　　月　　日
または　　くらい前から

(4)原因で思い当たることがありますか？

□　なし
□　あり（　　）
□仕事中・通勤中（労災申請のご予定　あり　・　なし）
□交通事故　　（診断書の発行希望　あり　・　なし）

(5)今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

□　いいえ
□　はい（　　）病院　・クリニック　・整骨院
治療内容　：　□処方　□注射　□リハビリ　□手術　□その他（　　）

(6)現在治療中の病気がありますか？

□　いいえ
□　はい　　□糖尿病　□腎臓病　□透　析　□肝炎(B・C)　□高血圧
□喘　息　□心臓病　□脳梗塞　□消化器の病気　□その他（　　）

(7)過去に大きなけが・病気・手術を受けた事がありますか？

□　いいえ
□　はい　　（いつ頃：　　内容等：　　）

(8)現在、内服中の薬がありますか。（お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出ください）

□　いいえ
□　はい　　（薬名　　）

(9)今まで、薬や注射、点滴等で気分が悪くなったり体にボツボツが出たことはありますか？

□　いいえ
□　はい（薬名：　　症状：　　）

(10)女性の方のみお答えください。現在、妊娠中、妊娠している可能性、または授乳中ですか？

□　いいえ
□　はい　　□妊娠中（　　週）　□妊娠の可能性がある　□授乳中

(11)ジェネリック医薬品希望されますか？

□　はい
□　いいえ