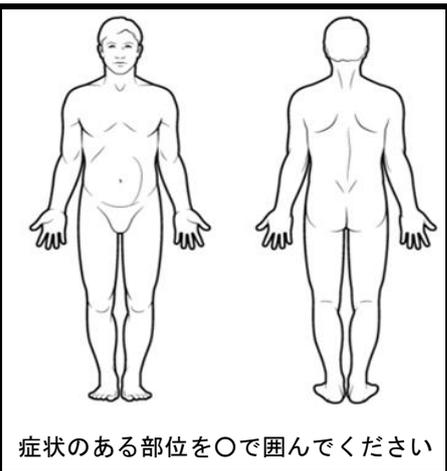


年 月 日

ふりがな			性別	男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 才)		
お名前								
ご住所	〒							
電話番号	自宅 ( - - )				携帯 ( - - )			
職業/学年	身長		cm		体重		kg	

今回の受診の保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 労災 ( 工作中的のケガ・病気 ) <input type="checkbox"/> 自賠責 ( 交通事故 ) <input type="checkbox"/> 自費診療		
	* 診療途中での 「健康保険」 から 「労災」 、 「自賠責」 への変更は原則としてできません		

今回はどのようなことで受診されましたか？ 詳しく書いてください  
 ( )年 ( )月 ( )日から  
 [交通事故・労災の場合 ( )時 ( )分頃]



この症状で他院を受診しましたか	<input type="checkbox"/> 受診していない	<input type="checkbox"/> 以前受診した	<input type="checkbox"/> 今も受診している
病院・医院名 ( )			

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---------------------	-----------------------------	------------------------------

現在治療している疾患・お薬、今までかかった病気や受けた手術について記載してください

・ 病 名 ○○年○○月から お薬の名前 ・手術名 ○○年○○月 通院中

・

・

・

薬や食べ物にアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい ( 症状 : )	<input type="checkbox"/> いいえ
-------------------	--------------------------------------	------------------------------

注射で具合が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい ( 症状 : )	<input type="checkbox"/> いいえ
---------------------	--------------------------------------	------------------------------

体の中にペースメーカーなどの金属が入っていますか	<input type="checkbox"/> はい ( )	<input type="checkbox"/> いいえ
--------------------------	---------------------------------	------------------------------

妊娠中または授乳中ですか ( 女性のみ )	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( 週 )	<input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
-----------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------

骨粗しょう症が気になりますか？	<input type="checkbox"/> 気になる
-----------------	-------------------------------

自費診療希望の方	<input type="checkbox"/> プラセンタ <input type="checkbox"/> にんにく注射 <input type="checkbox"/> アミノ酸注射		
	<input type="checkbox"/> インディバ <input type="checkbox"/> パーソナルトレーニング		

当院を受診したきっかけ 何ですか	<input type="checkbox"/> ご家族の紹介 ( 様 )		<input type="checkbox"/> ご友人のご紹介 ( 様 )	
	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> 近くだから			

当院は国のすすめるマイナ保険証の利用に努めています。  
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。  
 マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか  同意する  同意しない

交通事故やお仕事中にけがをされた方は受付にお申し出ください