

診療申込書（労災保険使用予定）

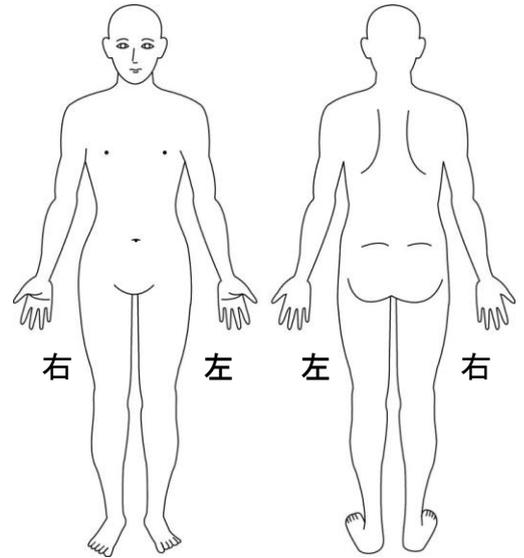
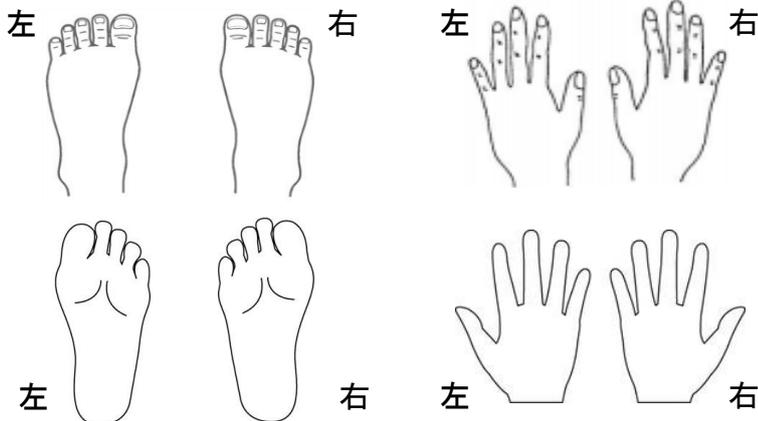
ID

日付：

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令	年	月	日生（才）	
お名前			介護認定を受けていますか？	はい・いいえ			
			介護保険利用の有無	あり・なし			
住所	〒 -		電話番号	-	-		
			緊急時連絡先	-	-		
			小学生までの方のみ体重	（ ） kg			

※下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい。

1. 来院時の体温は何℃ですか？ 【                      °C 】
2. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？  
【 紹介（家族・友人・知人）・新聞チラシなどの広告・インターネット・前を通過て 】
3. どのような症状ですか？ 【 痛み・しびれ・その他（                      ） 】  
また、症状のある部位に○をつけてください。



4. 症状が生じた原因についてご記入ください。

{

5. 事故発生日はいつですか？ 【      月      日      時      】
6. 痛みが生じたのはいつですか？ 【      月      日      時      】
7. 上記以外で、今までにどんな病気をされましたか？  
【 癌・心疾患・肝疾患・腎疾患・肺疾患・糖尿病・高血圧・リウマチ・喘息・その他（                      ） 】
8. 現在、上記の病気等で通院していますか？ ———— 【 いいえ・はい（                      ） 】
9. 現在、飲んでいる薬はありますか ———— 【 いいえ・はい（                      ） 】
10. ① 薬や注射のアレルギーはありますか？ ———— 【 いいえ・はい（                      ） 】  
② 貼り薬や塗り薬でかぶれた事がありますか？ — 【 いいえ・はい（                      ） 】
11. ペースメーカーの使用をしていますか？ ———— 【 いいえ・はい      】
12. 女性の方にお尋ねします。 現在妊娠中ですか？ — 【 いいえ・はい（      カ月） ・不明      】  
現在授乳中ですか？ — 【 いいえ・はい      】
13. 労災を使用して通院される方はご確認の上チェックマークを御記載ください。

- 毎月1度は必ず担当医の診察に入り症状をお伝えください。
- 他の整形外科や接骨院、整骨院、鍼灸院との併用はできません。