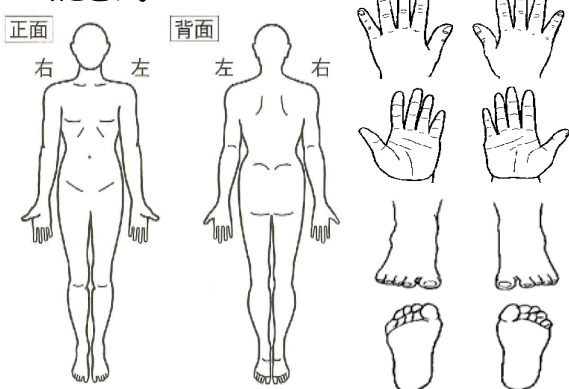


# 診療申込書

平成 年 月 日

ふりがな		男	ご	学生（学校名： _____ ）
お名前		・	職	会社員・自営業・主婦・なし
		女	業	（デスクワーク・重労働）
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 歳
身長	cm	体重	kg	血液型 型
住所	〒 _____			TEL _____
				携帯 _____

1. 下図で診療を受けたいところに○をつけてください。



2. どんな症状でお困りですか？

- ①痛み ②しびれ ③腫れて ④その他

3. いつから症状がありますか？

- ①今日 ②昨日 ③ 月 日  
④わからない

4. どんな時に痛みますか？

5. 何か思い当たる原因はありますか？

- ①ある  
（学校でのケガ、交通事故、労働災害、その他）

②ない

6. 今回の痛みのために、治療院・整骨院・病院に通ったことがありますか？

ある ・ ない

いつ頃

病院名

7. 今までに薬や注射・食べ物でアレルギーが出たり具合が悪くなった事がありますか？

- ①ある ②ない

( )

8. ふだん飲んでいる薬がありますか？

- ①ある ②ない  
何のお薬ですか？

( )

9. これまでに手術をおこなったことはありますか？

- ①ある ②ない

( )

10. 普段運動はされていますか？

- ①している ②していない

スポーツの種類

( )

11. 女性の方へ

現在、妊娠又は授乳をしていますか？

- ①している ②していない ③わからない

12. 希望する治療・検査はありますか？

- ①レントゲン ②MRI ③リハビリ  
④鍼治療 ⑤マッサージ ⑥体外衝撃波  
⑦骨密度検査 ⑧動脈硬化検査

13. どのように当院を知りましたか？

- ①知人・病院からの紹介

（紹介先名： \_\_\_\_\_ ）

- ②インターネットで調べた

（検索キーワード： \_\_\_\_\_ ）

- ③建物を見かけた

- ④その他の広告