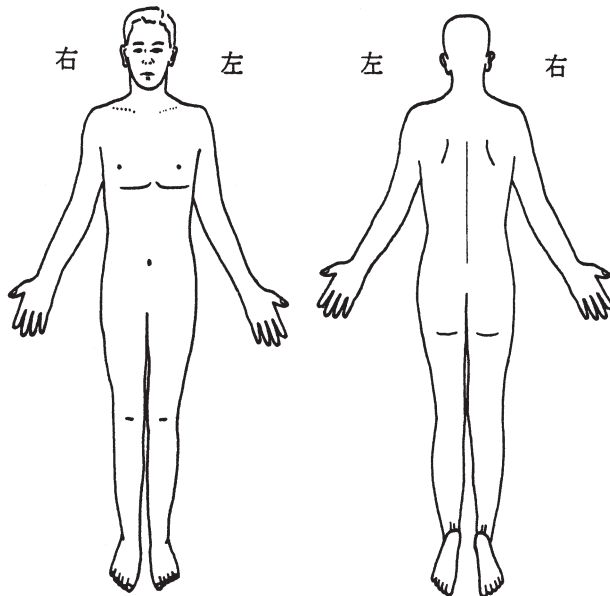


診療申込書

お名前		男・女	ご職業	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 歳
住 所			☎	

1. どこが痛い（悪い）ですか。下の図に○を付けて下さい。



2. いつから痛く（悪く）になりましたか。

月 日 時 頃から
年くらい前から

3. 思い当たる原因はありますか。

ある (ケガ・交通事故※・労働災害・その他)

※交通事故の方へ
車には何名乗っていましたか? _____名

ない

4. のみ薬・注射・食べ物でアレルギーがありますか。

ある ・ ない

5. 大きな病気をしたことがありますか。

ある ・ ない

6. 現在、他科で治療を受けていますか。

高血圧・心臓病・糖尿病・喘息

手術・他

7. 妊娠していますか。

している ・ していない

8. 以前に、当院の診療を受けたことがありますか。

ある ・ ない

9. ペースメーカー

している ・ していない

10. 治療に対しての要望