

受診申込書

フリガナ		男	生年月日		
お名前	様	女	明・大・昭・平	年	月 日 (歳)
職業 (学校・学年)		仕事の内容 (スポーツ種目)			

◆これまでに当医院で治療を受けられたことがありますか。

ある ない

ご住所	〒 -				
電話番号	() -	携帯電話	() -		
※緊急連絡先	名称又は氏名				
	(続柄)	連絡先TEL	() -		

※緊急連絡先は必ずご記入ください。気分が悪くなられた場合等に使用いたします。

◆本日、診察を受けられる傷病についてお答えください。

◇当院では患者様の待ち時間を短縮するため、緊急性がある場合を除き、『診療は原則1箇所』にさせていただきますのでご了承ください。

1. 診療を受けられる部位はどこですか。(→右図に○印をつけてください)

部位 []

2. どのような症状でお困りですか。

症状 []

3. 症状がでたのはいつ頃ですか。

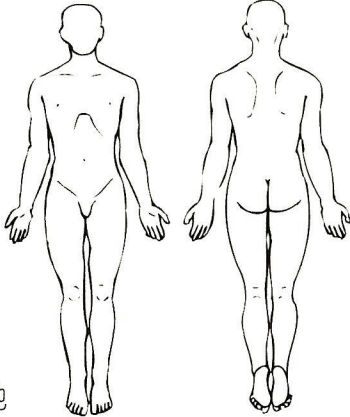
年 月 日 時頃

4. 診療を受けられる傷病は、

労働災害 交通事故 スポーツ中 その他

5. 経過について簡単に教えてください。

[]



◇匿名希望の方はその旨を受付窓口にお申し出ください。

ご協力ありがとうございました。個人情報保護法に基づき、知り得た情報は当院にてしっかり管理いたします。