

診療申込書（初診・再診）

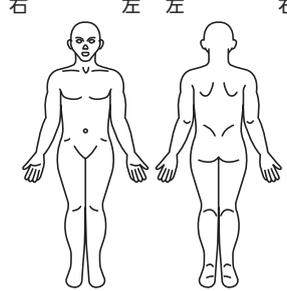
カルテ No.

年 月 日

フリガナ		男	生年月日	
氏名		女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳	
住所	※再診の方で住所変更のない方は、住所の記入は不要です。 〒 -			
電話	自宅 () -	携帯	- -	

★診療上、大切なことです。わかりやすく症状を記入してください。

1)症状はいつから(年 月 日頃から)
どのような症状がありますか？ 具体的に書いてください。 身長()cm・体重()kg
右 左 左 右



2)今回の症状は、現在どちらかの病院で治療をしていますか？（はい・いいえ）
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？（はい・いいえ）

上図に×印をつけてください

3)それはお仕事中(労災対象)の怪我・交通事故・通勤途上の交通事故ですか？（はい・いいえ）

4)ご職業を教えてください。(主婦の方・無職の方もご記入ください。) ※身体にどれほどの負担がかかっているか目安にします。
例：事務職・営業職・販売職・介護職・製造業 等

5)今までに大きな病気・怪我(入院や手術を要するもの等)はありますか？ または現在治療中の病気はありますか？
ない ある→どのような病気・怪我ですか？ ()

6)現在、服用している薬がありますか？(マイナ保険証による情報取得に同意されている場合は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です。)
ない ある→どのような薬ですか？()

7)最近1年間で特定健診または、高齢者健診を受診しましたか？(マイナ保険証による情報取得に同意されている場合は、記載を省略可能です。)
ない ある→(受診時期： 年 月 日頃 指摘された項目：)

8)アレルギーはありますか？
ない ある→薬 食べ物 その他()

9)注射や飲み薬等で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？
ない ある→どのような薬ですか？()

10)タバコは吸いますか？
吸わない 吸う(1日 本位を 年間) やめた(年前まで1日 本位を 年間)

11)女性の方にお聞きたいします。現在妊娠していますか？ あるいは妊娠の疑いがありますか？
ない ある

12)マイナ保険証による診療情報取得に同意します。 はい いいえ

医療法人悠由会 てい整形外科クリニック

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
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をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2(マイナ保険証を利用した場合) 2点