

診療申込書

●以下の欄すべてにご記入願います。該当する□には《☑》を記入願います。

ふりがな				性別	生年月日			年齢	
氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□明治 □大正 □昭和 □平成 年 月 日			才	
現住所	〒								
連絡先	ご本人	☎							(携帯電話)
	勤務先	☎							(名称)
	緊急時	☎							(氏名) (続柄)
職業	<input type="checkbox"/> 1. 会社員(事務、技術等) <input type="checkbox"/> 2. 農林水産業・畜産 <input type="checkbox"/> 3. 営業(自営業・販売・理美容) <input type="checkbox"/> 4. 営業(外回り) <input type="checkbox"/> 5. 建設業等 <input type="checkbox"/> 6. 製造業・労務職等 <input type="checkbox"/> 7. 飲食店(調理師) <input type="checkbox"/> 8. 看護・介護等 <input type="checkbox"/> 9. 運転手 <input type="checkbox"/> 10. 自衛官・警察官・消防士等 <input type="checkbox"/> 11. 教職員 <input type="checkbox"/> 12. 主婦 <input type="checkbox"/> 13. 学生 <input type="checkbox"/> 14. 無職 <input type="checkbox"/> 15. その他()								
現在ご入院中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	医療機関名()						
紹介状をお持ちですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	医療機関名()						
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請希望 <input type="checkbox"/> 再申請希望								
	<input type="checkbox"/> 認定あり		(要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)						
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(級、障害の種類:)						
何が原因ですか	<input type="checkbox"/> 自然に	<input type="checkbox"/> 仕事ではない	<input type="checkbox"/> 不明						
	<input type="checkbox"/> スポーツ	<input type="checkbox"/> 授業中、部活動中等	<input type="checkbox"/> その他()						
	<input type="checkbox"/> 工作中	【通勤途中・作業時】							
	<input type="checkbox"/> 交通事故	【通勤途中・通勤以外】							
交通手段	<input type="checkbox"/> JR	<input type="checkbox"/> バス	<input type="checkbox"/> 高速バス	<input type="checkbox"/> タクシー	<input type="checkbox"/> 電車				
	<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> 自動車(高速)	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 徒歩					
今までに成尾整形外科病院で治療されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	(年 月頃)						

◆成尾整形外科病院を選んで頂いた理由に☑印をお付け下さい！

1. 専門病院と聞いたから ➡ 知人 医療機関 その他()
2. 紹介されたから ➡ 知人の紹介: 氏名() 住所()
 かかりつけ医の紹介: 施設名()
3. 記事・広告を見て ➡ 新聞及び雑誌 テレビ その他()
 屋外看板広告 リビング等フリーペーパー 区役所ディスプレイ
4. 近いから ➡ 自宅 勤務先
5. その他 ➡ 講演会等 ()
6. インターネット(ホームページ)で調べて
7. 電話帳(タウンページ、Web電話帳)で調べて

※初めての方は当日の新患担当医(整形外科専門医)が診察致します。

ご希望の医師がいる方はお申し付け下さい。

医師名 ()

【健康保険証】【限度額認定証】【介護保険被保険者証】等と一緒に受付へご提出して下さい