

診療申込書

(前回受診から3ヶ月以上経過した患者様用)

●太枠内のみご記入願います。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	才
現住所	〒			
連絡先	(本人自宅) ☎	(携帯電話) ☎		
	(勤務先) ☎	(名称)		
	(緊急時) ☎	(氏名)	(続柄)	

介護保険	<input type="checkbox"/> 認定なし	<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)
	<input type="checkbox"/> 申請希望	<input type="checkbox"/> 再申請希望
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (級、障害の種類:)

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 ()
-----------	------------------------------	-----------------------------	-----------

前回と同じ症状ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 定期検診	<input type="checkbox"/> いいえ → 下の欄もご記入願います
------------	-----------------------------	-------------------------------	--

●前回と違う症状の場合には以下の該当する□に《☑》をご記入願います
(別途、＜整形外科 外来問診表＞にも記載頂きます)

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 ()
------------	------------------------------	-----------------------------	-----------

何が原因ですか	<input type="checkbox"/> 自然に	<input type="checkbox"/> 工作中ではない	<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 】	

【 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。