

診察申込書

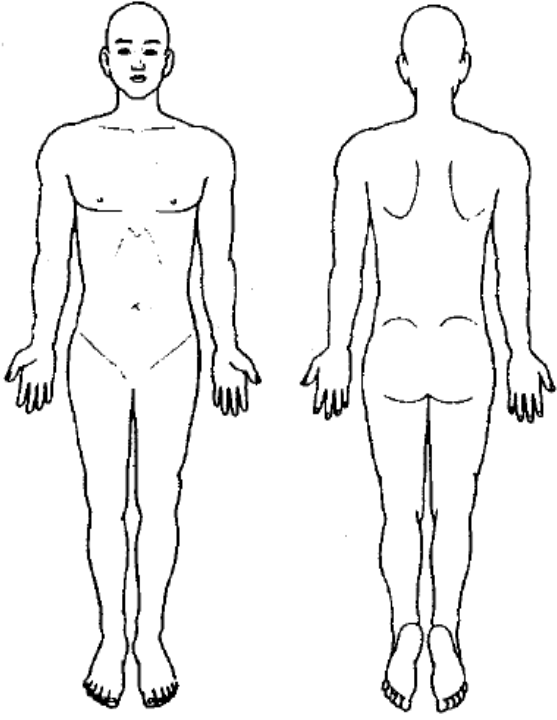
受付： 年 月 日

フリガナ		男	明治・大正・昭和・平成・西暦
氏名		女	年 月 日 (歳)
住所	〒 - 国分寺市 府中市 国立市 小金井市 小平市 立川市		
電話	- -	昼の連絡先	- -

----- キリトリ線 -----

※治療中または治療後にご自身の傷害保険などを使う予定がある方は、受傷原因と月日を記入してください。これが記入されていない場合は、診断書発行をお断りすることがあります。

該当する方は、確認のためご署名ください _____ 様

<p>①痛みやケガの原因が下記に該当する方は○を必ず付けてください 交通事故 労災（仕事中のケガ） 学校でのケガ</p> <p>②発生日時はいつですか</p> <p>③すでに他の医療機関にかかっていますか</p> <p>④都立府中病院整形外科が混んでいるため、紹介を受けましたか はい いいえ</p> <p>⑤右の人体図の診察希望部位に○を付けてください</p> <p>⑥それはどのような症状ですか？ (痛み、しびれ、こわばり、その他)</p> <p>⑦いつ頃からあるのですか</p> <p>⑧原因として考えられるのは何ですか</p> <p>⑨体内に何か入っていますか はい、とお答えの方はそれが何か○をお付けください はい いいえ ペースメーカー 人工関節 プレート その他</p> <p>⑩現在飲んでいるお薬をお書きください (処方箋の写しやお薬の説明書をお持ちの方は不要です) (例) ワ-ファリン1日3錠、バルザン1日2錠</p>	
---	---

<p>介護認定を受けておられますか</p> <p>はい いいえ</p>	<p>差し支えなければ、該当するものに○をお付けください</p> <p>要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5</p>
-------------------------------------	---