

フリガナ		生年月日	
氏名 (必須)	男 女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 ( 歳)
住所	〒	電話/携帯	( )
		緊急連絡先	( )
		職業	

来院履歴のある患者様は、氏名、受診箇所、マイナ保険証箇所、各変更箇所ご記入下さい

**\* 下記ご持参の場合はご提出ください**

➔ **紹介状、CDR(画像)、各書類、お薬手帳(アプリの方、診察室で提示)**  
**介護保険証(65歳以上の方)**

今回の受診理由 以下該当する場所に☑をお願いします。(必須)

**【交通事故・仕事以外の方】**

- ご自身の健康保険使用
- 保険証申請中  
 保険証、資格確認証(A4用紙)ご持参いただく返は自費10円/点でお会計頂きます  
 ※負担金精算時は、保険証と領収書ご持参ください

**【交通事故の方】**

↓ 原則的に受診された患者様に対して、(被患者・加害者関係なく)費用を請求いたします

- 相手の自賠責保険使用  
 ⇒お相手の保険会社のご担当者より連絡頂く返は、自費(単価12円/点)になります  
 ※負担金精算時は、領収書をご持参ください
- ご自身の人身傷害保険使用  
 ⇒ご自身の保険会社の場合は、自費(単価12円/点)になります  
 ※負担金精算時は、領収書をご持参ください
- ご自身の健康保険使用  
 ⇒ご加入の保険者へご連絡していただき、ご連絡先とご担当者を教えてください
- 第三者行為による傷病届使用  
 ⇒ご加入の保険者へお手続きいただき、ご連絡先とご担当者を教えてください

**【工作中・通勤中の方】**

- 労災申請の方:不受理の場合は総治療費自費でお支払いいただきます  
 ⇒健康保険は使用できません。本人確認の為保険証をご提出下さい  
 申請の用紙をご持参いただく返は自費10円/点でお会計頂きます  
 ※負担金精算時は、労災申請書類と領収書ご持参ください  
 審査の結果、労災対象外の場合は、自費で総治療費をお支払い頂きます。ご了承ください

※うら面へお進みください(名前からご記入をお願いします)※

フリガナ					
名前 (必須)	( )歳				
女性の方へ妊娠可能性 ⇒ 無 有 有 → ( 週目) 授乳中	スポーツの 種類等	サッカー・野球・バスケ・テニス・ウォーキング 等			
65歳以上の方へ介護保険 ⇒ 申請中・要支援	1	2	要介護	1	2 3 4 5

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。

正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

マイナ保険証（マイナンバーカードの保険証利用）による情報取得に同意しますか？(必須)

同意する ・ 同意しない

この1年間で健診（特定健診・高齢者健診に限る）を受診しましたか？(必須) いいえ ・ はい

WEB予約の方:WEB①②入力済みの場合は③以降、労災・自賠責使用の方は全てご記入下さい

① 本日診て欲しいところはどこですか？

どこが(部位):

.....

いつから(時期):

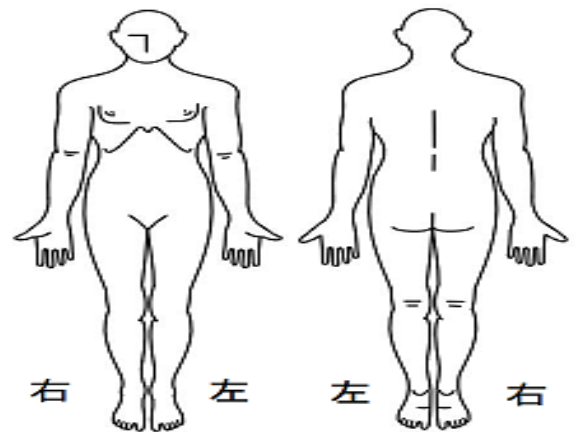
.....

どうして(理由):

.....

② どのような症状ですか？

痛い ・ しびれる ・ おもい ・ 突っ張る  
腫れている ・ 動きが悪い ・ 冷える ・ 出血  
その他: \_\_\_\_\_



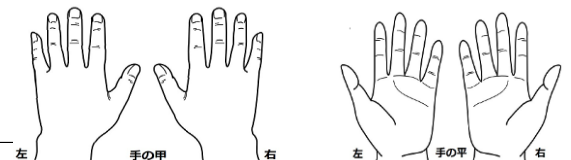
③ 上記の症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ

はい ⇒ 病院(整骨院)名 \_\_\_\_\_

↳ 運動器リハビリは行っていましたか？

いいえ ・ はい ⇒ 部位: \_\_\_\_\_ 150日以上・150日以内



④ 今迄に大きな病気、怪我はありますか？

いいえ ・ はい ⇒ 病名 \_\_\_\_\_

⑤ 現在治療中の病気はありますか？

いいえ

はい ⇒ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ ペースメーカー使用中 ・ 高脂血症

⑥ 薬・食品等アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい→

↓ お薬手帳持参の場合記載不要

⑦ 現在内服中ですか？

いいえ ・ はい→お薬名