

診療個人情報登録書 兼 問診表 (労災・通勤労災)

令和 年 月 日

ふりがな

名前 _____ 男 ・ 女

生年月日 昭和
平成 _____ 年 月 日 年齢 (_____ 歳)

〒 _____

住所 _____

電話 (_____) 携帯電話 _____

事業所名 _____

事業所住所 _____

事業所電話 (_____)

以下の項目についてお答えください。

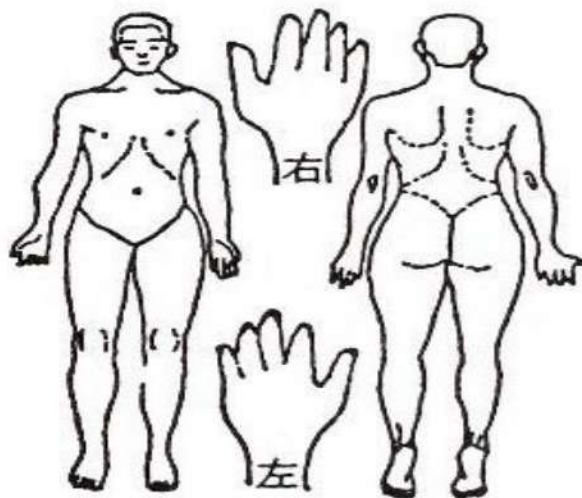
当院を何で知りましたか？

- | | |
|-----------------|-----------|
| 1 自宅・通勤から近い | 2 ホームページ |
| 3 身内・知人の紹介 | 4 他院からの紹介 |
| 5 その他 (_____) | |

今回のお怪我で他施設の受診はありますか？ _____ はい ・ いいえ
(病院、接骨院等)

今後治療は、どちらで受ける予定ですか？ _____ 当院 ・ 接骨院等
(接骨院等には、整骨院、ほねつぎ以外にも、あん摩、マッサージ、指圧、はり、きゅう師も含まれます)

痛いところに○をつけてください



身長 _____ cm 体重 _____ kg

職業 _____ 学年 _____ 部活 _____

現在妊娠していますか？ (女性のみ はい・いいえ・可能性あり)