

## 診療個人情報登録書 兼 問診表(労災・通勤労災)

ふりがな			〒
名前		住所	
性別	男 ・ 女	電話番号	— —
生年月日	T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 ( 歳 )	携帯番号	— — ( 続柄 : )

**★ 当院を何で知りましたか？**

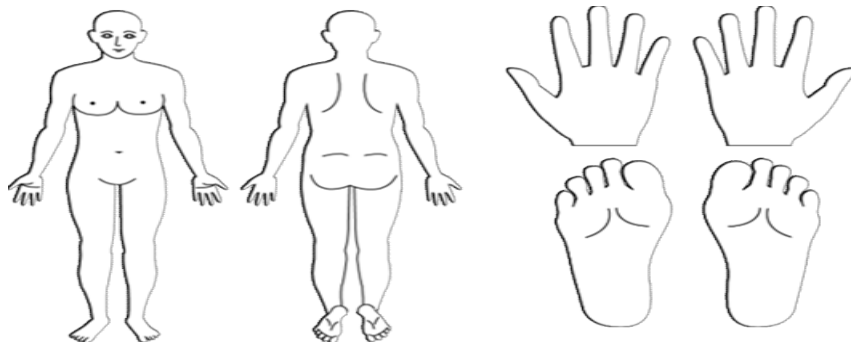
- 1 自宅・通勤(通学)から近い    2 ホームページ    3 身内・知人の紹介    4 他院からの紹介  
5 その他( )    6 以前に通院していた

**★ 当院への交通手段を教えてください**

- 1 車(自車)    2 車(家族・知人の運転)    3 自転車    4 バイク    5 徒歩  
6 公共機関(バス・電車)    7 タクシー    8 介護タクシー

**身長**                                  cm    **体重**                                  kg    **職業**                                  (                                  )

**★下の図の痛いところに○をつけてください**



**★今回のお怪我で他施設の受診はありますか？**  
(病院、接骨院等)

はい ・ いいえ

**★当院は、接骨院との併用をご遠慮いただいておりますが、今後の治療は、どちらで受ける予定ですか？**

(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、きゅう師も含みます)

当院                                  ・                                  接骨院

**【女性の方のみ】**

※妊娠中ですか？    はい ・ いいえ ・ 可能性あり                                  ※授乳中ですか？                                  はい ・ いいえ  
※ピルの内服    あり ・ なし

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所住所 \_\_\_\_\_

事業所電話番号                                  (                                  ) \_\_\_\_\_

ご連絡が通じなかった時や労災の指定用紙をお持ち頂けない場合は、お勤め先にご連絡させていただき事に同意いただけますか？  
※同意いただけない場合、当院での治療をご遠慮いただきます。

**同意します**                                  (同意いただける場合は○で囲ってください)

令和    年    月    日    名前 \_\_\_\_\_