

## 診 察 依 頼 書 お よ び 診 療 記 録

年 月 日

ID：

該当する場合は○印をつけて下さい。（労災・自賠責）

患者様のみで受診

<b>患者様氏名</b>	フリガナ _____	<b>男・女</b>	<b>紹介会員</b>	フリガナ _____
	職業： T・S・H・R _____ 年 月 日生 _____ 歳			所属支部 _____ 支部 当日の連絡先（携帯など）
<b>住所</b>				
<b>所 見 お よ び 経 過</b>				
【負傷日】 _____ 年 月 日		【初検日】 _____ 年 月 日		
【負傷原因】		【負傷部位】		
_____ 年 月 日受診の再診です。				
【所見および経過】				
<p>※本診療所による診療データを柔道整復師の研究目的で使用することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">同意者名： _____ （本人との関係： _____）</p>				

※枠内に記入の上、当日お持ち下さい

ご希望事項の番号に○印を付けて下さい

- |  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| 1. X線撮影と診断                                 | 2. 施術上の指示および助言                           | 3. 整復および固定                  |
| 4. 患者様に対し説明                                | 5. 診断書の発行                                | 6. 労災・自賠責につき X線照射録希望        |
| 7. その他 _____                               |  |                             |
| 8. X線画像診断の情報受け取り希望方法（該当するものに☑を付けて下さい）      |  |                             |
| <input type="checkbox"/> CD-R ディスク（1,000円） | <input type="checkbox"/> X線フィルム（1枚 300円） | <input type="checkbox"/> 不要 |

**診療所長の所見と結果**

診療所受付日、 \_\_\_\_\_ 年 月 日

- |           |         |         |       |           |
|-----------|---------|---------|-------|-----------|
| 1. 診断書の発行 | 2. 後療指示 | 3. 再診予定 | 4. 転医 | 5. 紹介状の発行 |
|-----------|---------|---------|-------|-----------|

所 見