

＜診察申込書＞

受付	年 月 日	時 分	救急隊
フリガナ		明 大 昭 平	年 月 日生(才)
氏名 (旧姓)			
住所	〒 -		TEL - - 緊急連絡先 - - 氏名・続柄
保険別	社保	国保	交通事故
			労災・通勤災
			生保
			自費
			公費(有・無)
診療科	内科	脳神経外科	整形外科
	外科	皮膚科	脊椎科
			形成外科
			健康診断
			眼科
			循環器科
			泌尿器科
検査依頼	医療機関名		
紹介	TEL()		

＜当院にかかるのは初めてですか＞
はい いいえ

＜今日はどうのように体の調子が悪いですか＞ ＜疾患部位＞

＜いつ頃からですか＞

＜原因がはっきりしていますか＞

＜こちらに来るまでに他院にかかっていたか＞

＜アレルギー体質と言われた事がありますか＞

＜今までに大きな病気にかかった事がありますか＞
はい いいえ (病名) 才頃

＜これまでかかった病気＞

1.糖尿病	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
2.心臓病	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
3.高血圧	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
4.脳卒中	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
5.ぜんそく	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
6.その他の病気	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

(病名)

＜現在服用中の薬＞
ない ある (薬の種類)

＜女性の方へ＞
 妊娠の可能性 ない ある

＜体に合わないお薬、注射等がありますか＞
ない ある (詳細)

【前面】 【後面】

(右) (左) (左) (右)

※急患の方は受付にお申込下さい。

・保険証を添えて受付に御提出下さい。(公費受給者証をお持ちの方は併せて御提出下さい)
 ・保険証をお持ちにならない場合は自費扱いとなります。(コピー不可)
 ・当院では、患者様のお呼出は「お名前」でお呼びしています。ご希望されない方はお申し出下さい。
 ・当院では、個人情報につきまして適切に保護し管理するよう「個人情報保護方針」を定めております。
 詳しくは、院内掲示をご覧になるか、医療相談室にお問合せ下さい。