

<診察申込書>

該当欄にご記入、
□に✓をお願い致します。

ID:

2018/12/1更新

受付	年 月 日		時 分		救急隊
当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(初めて)⇒来院頂いたきっかけについて <input type="checkbox"/> 他の医療機関より紹介 <input type="checkbox"/> 介護施設より <input type="checkbox"/> パンフレット等				
フリガナ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他のサイト <input type="checkbox"/> その他()				
氏名 (旧姓)	明 大 昭 平	年 月 日生(才)			男・女
住所	〒 — —		自宅TEL	—	—
			本人携帯	—	—
			緊急連絡先	—	—
施設名 (施設入所の方)	<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他		氏名・続柄		
診療科	内科	外科	脳神経外科	脊椎外科	整形外科
	皮膚科	泌尿器科	眼科	健康診断	依頼
検査依頼	医療機関名				
紹介					

<どのようなご症状ですか>

咳 吐き気 嘔吐 下痢 発熱 体温〔 ℃〕

<いつ頃からですか>

年 月 日(時)頃から・不明

<思いあたる原因は何ですか>

<疾患部位> 下図に○を付けてください。

(右) (左) (左) (右)

不明

<今までにかかった病気等>

なし { 糖尿病 心臓病 高血圧 脳卒中 ぜんそく }
不明 { その他の病気〔 〕 }

<アレルギー(体に合わない内服薬、湿布薬、注射、食品等)>

なし あり〔 〕
不明

<現在服用中の薬>

なし { 当院処方 他院処方 市販等〔手帳〕ない ある }
不明 { 薬剤名: 〕 }

<ペースメーカーの有無>

なし あり

<女性の方へ:妊娠の可能性>

なし あり 妊娠中〔 週 日 〕

<嗜好品について>

〈酒類〉 飲まない 飲む〔1日量 くらい〕

〈たばこ〉 吸わない 吸う〔1日量 くらい〕

【前面】

【後面】

※急患の方は受付にお申込下さい。

保険種別	保険証	労災	通勤労災	交通事故	生保単独	生保併用	自費
------	-----	----	------	------	------	------	----

・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。