

< 診察申込書 >

該当欄にご記入、
□に✓をお願い致します。

ID:

2019/4/15更新

受付	年 月 日		時 分		救急隊
当院受診歴	□あり □なし(初めて)⇒来院頂いたきっかけについて □他の医療機関より紹介 □介護施設より □パンフレット等				
フリガナ	□ホームページ □その他のサイト □その他()				
氏名 (旧姓)	大昭平令		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)	□老健 □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 自宅体温〔□不明・ °C〕 来院時体温〔 °C〕

<いつ頃からですか>

年 月 日(時)頃から・□不明

<疾患部位> 下図に○を付けてください。

(右) (左) (左) (右)

<思いあたる原因は何ですか>

□不明

<今までにかかった病気等>

□なし [あ □糖尿病 □心臓病 □高血圧 □脳卒中 □ぜんそく
□不明 [り □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 [あ □当院処方 □他院処方 □市販等〔手帳〕 □ない □ある
□不明 [り [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>

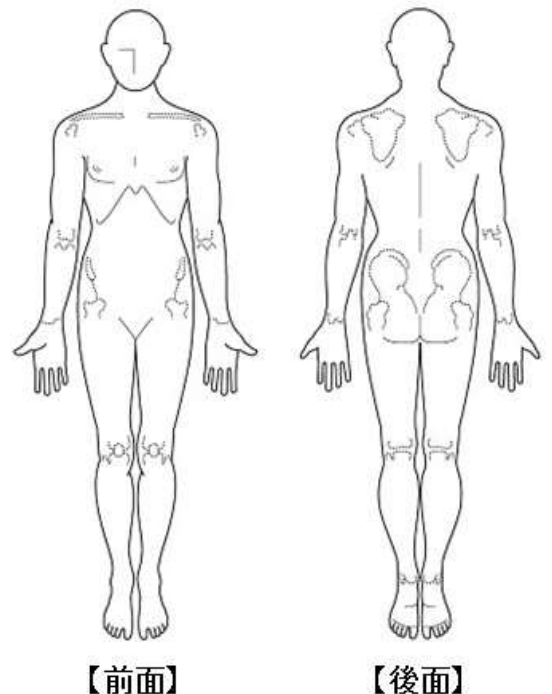
□なし □あり □妊娠中〔 週 日〕

<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〕

受付確認欄: 予防接種 □した □していない
筋肉痛、関節痛 □なし □あり
周りにインフルの方 □いない □いる □不明
インフル検査 □しない □了承 □希望



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
<p>・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。</p>						受付者印(サイン)	