

# ＜外科診察申込書＞

受付	年	月	日	時	分	救急隊	
フリガナ				明 大 昭 平	年 月 日生(才)		男
氏名 (旧姓)							女
住所	〒 _____				TEL	_____	
保険種別	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	外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	眼科	循環器科
	心臓血管外科	泌尿器科	皮膚科	脊椎科	健康診断		
検査依頼	医療機関名						
紹介	TEL( )						

＜どのような症状ですか＞

＜腹痛＞

＜肛門痛＞

【どこ】

【どんな時】

心窩部  
右季肋部  
左季肋部  
臍周囲  
右側腹部  
左側腹部  
右下腹部  
左下腹部  
下腹部

排便時・非排便時  
【痛み】  
なし・あり  
【出血】  
なし・あり  
(黒赤色・赤色・タール)

＜いつ頃からですか＞

年 月 日 時

＜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 ( ない ある )

※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。