

診察申込書 (初めての方・しばらく受診されなかった方は当用紙にご記入ください)

ご記入後、保険証を添えて受付にお出してください。

申込日 平成 年 月 日

(保険証のコピーを取らせて頂くことについて・・・ 1 同意します 2 同意しません)

フリガナ		男 ・ 女	明・大・昭・平		
氏名			年	月	日生 (歳)
住所	〒 — 自宅電話 () — 携帯電話 () —				
保険	1. 社保(本人) 2. 社保(家族) 3. 国保 4. 生保 5. 自賠 6. 自費 7. 労災(会社名 電話 - -)				
ご希望の受診科に○印をご記入下さい					
(1) 内科 (2) 外科 (3) 整形外科 (4) 皮膚科 (5) 泌尿器科 (6) 健康診断 (7) 呼吸器科 (8) 循環器科 (9) その他 ()					

- 1 どうなさいましたか。(本日受診の目的をお書きください)

- 2 その症状はいつ頃からですか。

- 3 今までに当院で診察を受けたことがありますか。
a) ない b) ある・・・いつ頃ですか。(年 月頃)
- 4 今までに入院や手術をするような病気にかかったことがありますか。
a) ない b) ある(病名:) (年 月頃)
- 5 現在、当院以外でかかっている病気はありますか。
a) ない b) ある(病名: 病医院名:)
- 6 今までにあわない薬やアレルギーがありましたらお書きください。
a) ない b) ある ()
- 7 女性の方へ：現在妊娠の可能性はありますか。
a) ない b) ある
- 8 最近、海外へ行ったことがありますか。
a) ない b) ある(国名:) (期間: 月 日～ 月 日)
- 9 診察する医師に、何か伝えたい事がありましたらお書きください。