

# <診察申込書>

該当欄にご記入、  
□に✓をお願い致します。

ID:

2020/4/1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	形成外科
	皮膚科	泌尿器科	眼科	健康診断	依頼	
検査依頼 紹介	医療機関名					

<どのようなご症状ですか>

□発熱 自宅体温[□不明・ °C] 来院時体温[ °C]  
□咳 □吐き気 □嘔吐 □下痢

<疾患部位> 下図に○を付けてください。  
(右) (左) (左) (右)

<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>

□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>

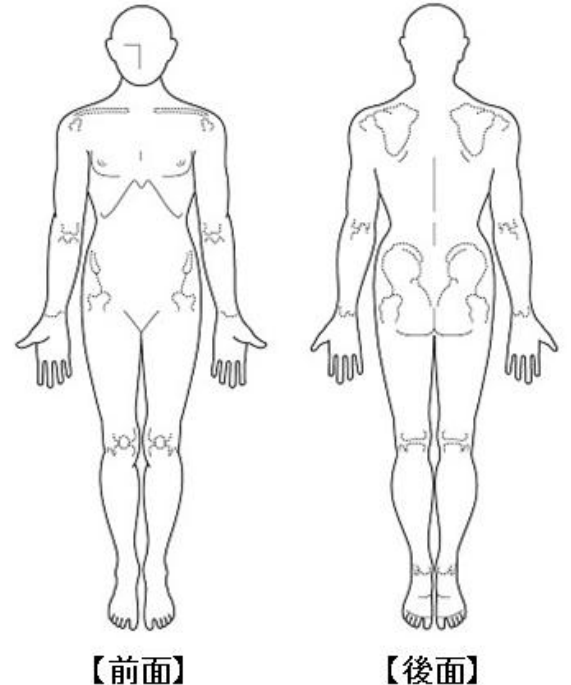
□なし □あり

<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]



【前面】

【後面】

【2つ以上該当で発熱外来】

- 37.5°C以上の発熱
  - 呼吸器症状(呼吸苦・咳・たん・喉痛・鼻水 等)
  - 2週間以内の「対象地域への渡航歴」・「対象地域への渡航歴のある人との濃厚接触」
- ※対象地域: 新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域

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、院内掲示をご覧ください。医療相談室にお問合せ下さい。						受付者印(サイン) □専門外了承	