

< 診察申込書 >

該当欄にご記入、
□に✓をお願い致します。

ID:

2021/9/1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)	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)	<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	形成外科
	皮膚科	泌尿器科	眼科	健康診断	依頼	<input type="checkbox"/> 専門外了承
検査依頼	医療機関名			CT・MRI		
紹介				造影 あり・なし		

<どのようなご症状ですか> こちらも必ずチェックをお願い致します⇒ <3日以内に以下の症状はありますか>
なし 37℃以上の発熱(°C)
せき のどの痛み 息苦しさ
胸の痛み 味覚嗅覚の異常

<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>

《感染症外来移行時 受付担当確認》
 コロナワクチン接種:した(時期 頃) していない
 インフルワクチン接種:した していない
診察前にインフル検査、コロナ抗原検査、PCR検査行います。
医師の判断で、ご希望の診察が受けられない場合があります。

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・手術歴[]

<アレルギー(体に合わない内服薬、湿布薬、注射、食品等)>

なし
不明 あり[]

<現在服用中の薬>

なし [お薬手帳] ない ある
不明 当院処方 他院処方 市販等
 [薬剤名:]

<ペースメーカーの有無>

なし あり

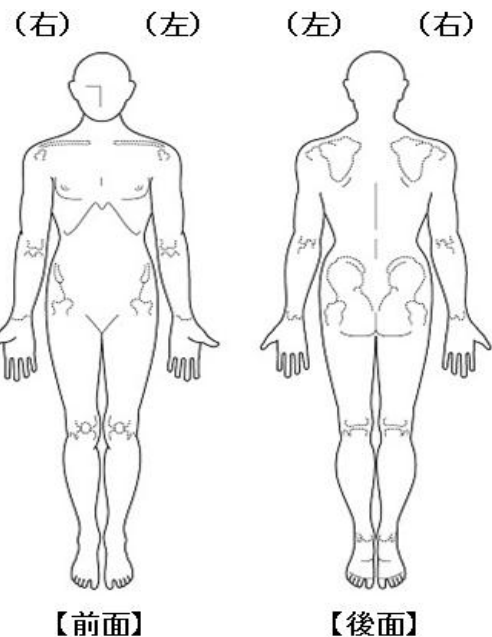
<女性の方へ:妊娠の可能性>

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]

<疾患部位> 下図に○を付けてください。



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、院内掲示をご覧ください。						受付者印(サイン)	