

診 療 申 込 書

カルテ No.

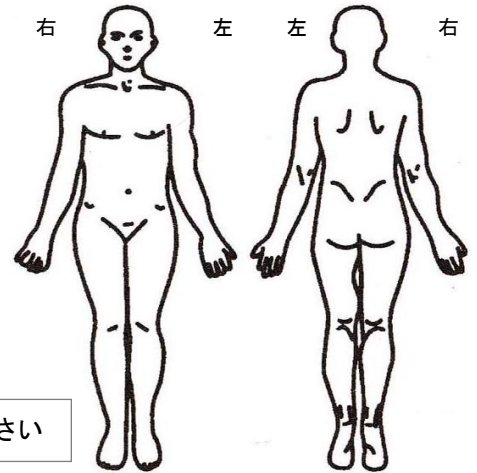
年 月 日

| | | | | | | | | | | |
|------|-------------------------|-----|---|-----|---|---|----|-------|-----|--|
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | 様 | | | | | | | 男 ・ 女 | | |
| 生年月日 | 明 大 昭 平 年 月 日生 (才) | | | | | | 身長 | | c m | |
| | | | | | | | 体重 | | k g | |
| 住 所 | 〒 - | | | | | | | | | |
| 電 話 | 自 宅 | () | - | 携 帯 | - | - | | | | |

★ 下記について、わかる範囲で結構ですのでご記入してください。

1) 今日どのような症状で受診されましたか？

(お怪我の方) → ・お仕事中の怪我ですか。 (はい・いいえ)
 ・交通事故での怪我ですか。 (はい・いいえ)



2) その症状はいつ頃から始まりましたか？

右図に×印をつけてください

3) 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか。

ない ある → (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ 肝臓病 ・ 他:)

4) 現在服用している薬がありますか。 薬剤情報提供書またはお薬手帳をお持ちでしたら受付へ渡してください。

ない ある → どのような薬ですか… ()

5) 注射や飲み薬、食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーがでたことがありますか。

ない ある → 薬 食べ物 その他 ()

6) ご両親、ご兄弟、お子さんで大きな病気にかかれた方はおられますか。

ない ある → ()

7) 心臓ペースメーカーについて

ない ある

8) タバコは吸いますか、またお酒は飲みますか。

吸わない 吸う (1日 本位) 飲まない 飲む → (種類: 頻度:)

9) 現在介護保険の認定を受けておられますか。

ない ある (要支援 ・ 要介護) 受けているサービス ()

10) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠または授乳をされていますか。あるいは妊娠の可能性はありますか。

ない ある

11) 当院を何でお知りになりましたか

ホームページ 看板 (建物 駅のホーム モノレール) 通りがかり 知人に聞いた ()
 家族が受診している () その他 ()