

診察申込書

安全かつ正確な診断・治療を行う為に、右記の情報について詳しくご記入願います。

フリガナ		平成 年 月 日			
氏名		男・女	生年月日	明昭大平	年 月 日 () 歳
住所	〒 TEL () () ()				
保険の種類	健康保険 自費 労災(会社名:) 自賠責(会社名:)				

①受診希望科に○をしてください。

内科 胃腸科 外科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 脳神経科

②どのような症状で来院されましたか？ 紹介状 (あり なし)

・いつから → (月 日 (朝・昼・夕・夜)ごろから)

・どこが → ()

・どのような症状ですか？ ()

③薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ (薬…)

はい → (食物…)

④現在治療中、または以前に入院等の既往歴はありますか？

いいえ (1(病名:) (歳頃))

はい → (2(病名:) (歳頃))

⑤現在服用中の薬はありますか？ 薬剤情報 (あり なし) ・ 当院処方

ない ()

ある → ()

⑥子どもの場合(6年生以下)

体重は何kgですか？ ()kg

⑦女性の方へ、現在妊娠または可能性はありますか？ (はい いいえ)

最終月経はいつですか？ (月 日から)

現在授乳中ですか？ (はい いいえ)

⑧介護保険証はお持ちですか？ (はい いいえ)

<はいと回答された方へ>

・要介護認定を受けていますか？ (はい いいえ)

・現在の介護度 ()

・ケアマネジャーはいらっしゃいますか？ (はい→事業所名() いいえ)

・介護保険で利用中のサービスに○をつけてください。

(訪問看護 訪問ヘルパー 訪問リハビリ 通所リハビリ デイサービス ショートステイ)

(老健入所中 特養入所中 有料老人ホーム入所中 グループホーム入所中)

(その他())

・どちらの施設をご利用されていますか？ ()

⑨健康保険証・介護保険証のコピーをとらせていただきますのでご了承ください。 (はい いいえ)

医事課	外来