

診療申込書

登録番号		新患・再来
紹介状(有・無) (連絡先 可・不可)		
1. 通常保険 2. 交通事故 3. 健康診断 4. 労働災害 5. 家族相談 6. 自費 7. 生保 8. その他()		

※下記の太枠内を記入して下さい。

受診される方の登録情報	
フリガナ	
氏名	(男・女)
生年月日(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日(歳)	
(〒 -) 住所	
電話(自宅: - -) (携帯等: - -)	
※ご予約の変更等をご自宅へご連絡させて頂く場合があります。	
※必須記入 緊急連絡先 第1連絡先(日中・夜間共に緊急時の連絡が必ず取れる連絡先を記入して下さい)	
フリガナ	
氏名	(男・女) (続柄:)
(〒 -) 住所	
電話(自宅: - -) (携帯等: - -)	
※ご予約の変更等をご自宅へご連絡させて頂く場合があります。	
※必須記入 緊急連絡先 第2連絡先(日中・夜間共に緊急時の連絡が必ず取れる連絡先を記入して下さい)	
フリガナ	
氏名	(電話・携帯: - -) (続柄:)
当院で診療を受けたことはありますか?(検査のみの場合でもご記入下さい)	
<input type="checkbox"/> ある(科 年 月頃・10年以上前) <input type="checkbox"/> ない	
ご希望の受診科	
<input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 糖尿病外来 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> その他()	
ご様子について	
① 本日はどのような症状でしょうか。その症状はいつ頃からですか。	
② 一緒に来られた方 <input type="checkbox"/> ご本人のみ <input type="checkbox"/> ご家族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他(ご関係:)	
③ 他の病院やクリニックにかかっていますか。また、何かお薬を飲まれていますか。 ※お薬手帳をお持ちの方は窓口にご提出下さい。	
④ (女性の方にお聞きします)現在、妊娠されていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

処置室	診察室