

申込書および問診票

【工作中・通勤中に受傷された方のみ】

勤務先： _____

【 年 月 日】

連絡先： _____

フリガナ	生 年 月 日	大正 昭和 平成	年 月 日生 (満 才)	性別	男 ・ 女
氏名					
世帯主名	現住所 〒		電話番号		
世帯主との続柄			() -		

※15才以下の方は体重を明記してください (kg) ※本日のお熱 (度)

本日はどこがどのように悪くて来院されましたか？	
その症状はいつ頃からですか？	頃から
同じ症状で他の病院・診療所にかかった事がありますか？	・はい ・いいえ
今までに病気で治療を受けたことがありますか？(入院・手術など)	・はい ・いいえ (病名)
高血圧・心臓の病気・糖尿病・アレルギー疾患がありますか？	・ある ・ない
現在、治療中の病気はありますか？	・ある ・ない (病名)
現在、飲んでいるクスリはありますか？	・ある ・ない ・持参した ・持参してない
クスリのアレルギーはありますか？ (例：ピリン系、抗生剤など)	・ある ・ない (薬品名)
【女性の方へ】 現在、授乳中ですか？	・はい ・いいえ
【女性の方へ】 現在、妊娠の可能性はありますか？	・はい ・いいえ ・わからない
【保険診療で会計のある方のみ】 ※領収書と別に診療報酬算定項目の分かる医療費明細書の発行を希望されますか？	・はい ・いいえ