診　療　申　込　書

診察を受けられるにあたって、下記のことがらをご記入願います。

記入日；平成　　年　　月　　日

フリガナ		性　別	生　年　月　日
氏　名		男・女	明・大・昭・平 年　　月　　日（　　歳）
現住所	〒□□□－□□□□ 電話番号（　　）　　－		

該当項目には○印を、（　　）内には具体的に記載願います。

〔どのように具合が悪いですか〕

1. 夜眠れない　2. イライラする　3. 何もしたくない
4. 頭が痛い　5. 吐き気がする　6. 物忘れする
7. 腰が痛い　8. 手足が痛い　9. 拒食・過食
10. 禁煙したい　11. 禁酒したい
12. その他（　　）

〔これまでに緑ヶ丘病院を受診したことはありますか〕

1. な　い
2. あ　る　→　いつ頃ですか　（　昭・平　　年頃）（約　　年前）

〔あなたは緑ヶ丘病院をどのようにして知りましたか〕

1. 病院の掲示板を見て　2. 電話帳を見て　3. ホームページを見て
4. 知人・友人から聞いて　5. 役所の担当者から聞いて　6. 職場・上司の指示で
6. その他（　　）

〔他の医療機関で治療や投薬を受けていますか〕

1. 受けていない
2. 最近まで受けていた
3. 現在も受けている

2.または 3.に○印をつけた方は下記にご記入願います

◎　医療機関名（　　）
◎　病　　名（　　）
◎　投薬されているお薬はありますか
　1. な　い
　2. あ　る　→本日お薬をお持ちですか　1. 持っている
　　2. 持っていない

〔本日一緒においでになった方がいますか〕

1. いない
2. い　る　→　氏　名（　　）　あなたとの続柄（　　）

医療法人菅野愛生会 緑ヶ丘病院　様式H18.1

【付き添い者】

氏名	続柄	連絡先
		①
		②
		①
		②
		①
		②

【緊急連絡先】

氏名	続柄	連絡先
		①
		②