

診療申込書

診察を受けられるにあたって、下記のことからをご記入願います。

記入日：令和 年 月 日

| | | | |
|------|--------------------------|-----|---------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | 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。

| |
|---|
| <p>〔どのように具合が悪いですか〕</p> <p>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. 拒食・過食 8. その他 ()</p> |
| <p>〔これまでに緑ヶ丘病院を受診したことはありますか〕</p> <p>1. な い 2. あ る → いつ頃ですか (昭・平・令 年頃) (約 年前)</p> |
| <p>〔あなたは緑ヶ丘病院をどのようにして知りましたか〕</p> <p>1. 病院の掲示板を見て 2. ホームページを見て 3. 知人・友人から聞いて 4. 役所の担当者から聞いて 5. 職場・上司の指示で 6. 家族から聞いて 7. インターネット検索 8. 他病院からの紹介 (病院名:) 9. その他 ()</p> |
| <p>〔他の医療機関で治療や投薬を受けていますか〕</p> <p>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</p> <p>◎ 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</p> |
| <p>〔本日一緒においでになった方がいますか〕</p> <p>1. いない 2. い る → 氏 名 () あなたとの続柄 ()</p> |

【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 |