



診察受付申込書

平成 年 月 日受付

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 (〒 -)			
連絡のつく電話番号 本人・家族 ()		緊急連絡先 本人・家族 ()	
() - () - ()		() - () - ()	
(本日の体温)	℃	(身長)	cm (体重) kg

① 本日は、どのような症状で来院されましたか？

いつ頃から ()
症状 ()

② その症状のため、どこかで診察を受けましたか？ お薬を飲んでいますか？

- いいえ
- はい (医療機関名)
(診断名)
(お薬)

③ これまで病気や手術の既往がありますか？

- いいえ
- はい (医療機関名)
(診断名)
(手術)

④ 女性の方へ

妊娠 (1. している 2. していない 3. わからない)
授乳 (1. している 2. していない)

⑤ 当院を何でお知りになりましたか？

ホームページ・看板・家族の紹介・知人の紹介・書籍/雑誌・バス案内・通りかかった
他院からの紹介 () (書籍・雑誌名)
他 ()