



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	明・大・昭・平		
		女	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) °C		(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？

1. いいえ
2. 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？

1. いいえ
2. 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 ()