

診察申し込みをされる方へ

この診察申込書は、初めて若しくはお久しぶりの受診の方にご記入をお願いしております。
 診察申込書に記入された、患者様の個人情報につきましては、当院での診察に関すること(利用目的)にのみ利用をさせていただきます。尚、保管・管理に当たっては、診察記録と同等の取扱いとし、厳重に管理致します。

医療法人研精会 豊田西病院

診察申込書

本日受診されます方のお名前をご記入下さい。

※家族相談の場合は、お申し出下さい。

診察申込日 令和 年 月 日

ID

| | | |
|---|---|---------------------|
| フリガナ | | |
| 受診者氏名 | 性別 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生 | 満 歳 |
| 住所 | 〒 - | |
| 電話番号(連絡先) | (自宅) | (携帯) |
| ご記入者氏名 | 本人様とのご関係 | |
| 今日はどうされましたか？ (眠れない、イライラする等) | | |
| 当院はどこでお知りになりましたか？ | 他機関からの紹介 ・ 電話帳 ・ ホームページ ・ 知人、友人から ・ その他 () | |
| 当院受診歴 (今までに豊田西病院にかかったことがありますか？) | ある ・ ない | いつ頃ですか？ ()年頃 ()年前 |
| 紹介状はありますか？ | ある ・ ない | |
| アレルギーはありますか？ | ある () ・ ない | |
| 現在、他の医療機関にて治療はされていますか？ | はい (医療機関名 :) ※差し支えなければ医療機関名をご記入ください。 いいえ | |
| 血液検査を希望されますか？ | はい いいえ (現在治療中 医療機関名 :) | |
| 入院治療をされたことはありますか？ (内科・外科等を含む入院歴がありますか？) | ある (いつ頃ですか？ 年 月 ~ 年 月) 又は ()年前 ない | |

女性の方へ

| | |
|------------|----------|
| 現在、妊娠中ですか？ | はい ・ いいえ |
|------------|----------|

R01.05.01改訂

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|