

受付日:平成 年 月 日 AM・PM :

診療申込書

| | | |
|---------------------------------------------------------------|--|-------|
| 登録番号 | | 新患・再来 |
| 紹介状(有・無) (連絡先 可・不可) | | |
| 1. 通常保険 2. 交通事故 3. 健康診断 4. 労働災害 5. 家族相談 6. 自費 7. 生保 8. その他() | | |

※下記の太枠内を記入して下さい。

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 受診される方の登録情報 | |
| フリガナ | |
| 氏名 | (男・女) |
| 生年月日(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日(歳) | |
| (〒 -) 住所 | |
| 電話(自宅: - -) (携帯等: - -) | |
| ※ご予約の変更等をご自宅へご連絡させて頂く場合があります。 | |
| ※必須記入 緊急連絡先 第1連絡先(日中・夜間共に緊急時の連絡が必ず取れる連絡先を記入して下さい) | |
| フリガナ | |
| 氏名 | (男・女) (続柄:) |
| (〒 -) 住所 | |
| 電話(自宅: - -) (携帯等: - -) | |
| ※ご予約の変更等をご自宅へご連絡させて頂く場合があります。 | |
| ※必須記入 緊急連絡先 第2連絡先(日中・夜間共に緊急時の連絡が必ず取れる連絡先を記入して下さい) | |
| フリガナ | |
| 氏名 | (電話・携帯: - -) (続柄:) |
| 当院で診療を受けたことはありますか?(検査のみの場合でもご記入下さい) | |
| <input type="checkbox"/> ある(科 年 月頃・10年以上前) <input type="checkbox"/> ない | |
| ご希望の受診科 | |
| <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 糖尿病外来 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> その他() | |
| ご様子について | |
| ① 本日はどのような症状でしょうか。その症状はいつ頃からですか。 | |
| ② 一緒に来られた方 <input type="checkbox"/> ご本人のみ <input type="checkbox"/> ご家族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他(ご関係:) | |
| ③ 他の病院やクリニックにかかっていますか。また、何かお薬を飲まれていますか。 | |

| | |
|-----|-----|
| 処置室 | 診察室 |
| | |

ご記入された個人情報は、当院の個人情報保護方針に基づき取り扱います。

医療法人静和会 浅井病院