

# 診 察 申 込 書

年 月 日

フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成      年      月      日	年齢      歳
現住所	(〒      -      )	
電話番号	(      )      -      /携帯      -      -	
当院は初めてですか    : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
健康保険で受診される場合は保険証を、労災は業務上負傷証明書を、生活保護は医療券を、公費の場合は、証明書を添えてご提出ください。		
※ 交通事故等（第三者の加害による疾病 ・ けんかによるケガ等）の場合は必ず、お申し出下さい。		

下記の質問についてお答えください。

<p>1. いつ頃からどのような症状がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>交通事故によるもの（可能性含む）    <input type="checkbox"/>労務中のもの（可能性含む）    <input type="checkbox"/>第三者行為によるもの  <input type="checkbox"/>上記以外</p> <p>現在、服薬されているお薬の名前を分かる範囲でお書きください。</p> <p style="text-align: center;">(      )</p>	
<p>2. 過去・現在、次の病気にかかったことがある場合は、次の病名番号を○で囲んでください。ない場合は ⑪ を○で囲んでください。</p> <p>① 喘息    ② 心臓病    ③ 高血圧    ④ 腎臓病    ⑤ 肝臓病    ⑥ 糖尿病    ⑦ 高脂血症          ⑧ 血液疾患      ⑨ 癌      ⑩ その他 (      )    ⑪ 何もありません</p>	
<p>3. 入院・手術をされたことはありますか。</p> <p>・いつ頃 (      )    <input type="checkbox"/>はい    <input type="checkbox"/>いいえ          ・病名 (      )・病院名 (      )</p>	
<p>4. 注射や薬で異常が起こったことがありますか。</p> <p>薬の名前、成分（アスピリン・ピリン系・サルファ系・ペニシリン等）をわかる範囲でお書きください (      )</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>5. 食べ物でアレルギー反応や蕁麻疹を起こしたことはありますか。</p> <p>はい とお答えの方はわかる範囲で食物をお書きください。</p> <p>(      )</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>6. けいれんを起こしたことがありますか。</p> <p>いつ頃かお書きください。(      )</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>7. ご家族の中に次の病気にかかった方はおられますか。はい とお答えの方は病名番号を○で囲んで下さい。</p> <p>① 喘息    ② 心臓病    ③ 高血圧    ④ 腎臓病    ⑤ 肝臓病    ⑥ 糖尿病          ⑦ 高脂血症      ⑧ 血液疾患      ⑨ 癌</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>女性の方へ</p> <p>現在    <input type="checkbox"/> 妊娠している      <input type="checkbox"/> 妊娠していない      <input type="checkbox"/> わからない（可能性がある）                   <input type="checkbox"/> 授乳している      <input type="checkbox"/> 授乳していない</p>	
<p>現在、生理中ですか。</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>介護保険についてお尋ねします。</p> <p>・介護認定を受けられていますか。</p>	
<p>はい とお答えの方    ⇒    要支援： 1    2 / 要介護： 1    2    3    4    5</p>	
<p>今後、介護保険の申請（介護認定を受ける）を希望されますか。</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

●個人情報の取り扱いについて

個人情報保護につきまして方針、利用目的など院内掲示物などをご確認下さい。