

# 診療申込書

予約：有( )・無 区分：保険忘れ / 労災 / 自賠 PM (外出・院内)

\*太枠の中のご記入をお願い致します。診察券があり、変更点がない方でもお名前をご記入ください。

氏名	フリガナ	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令	
				年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 -	TEL			
		携帯			
アレルギー	有 ( ) ・ 無				
女性の方へ					
●妊娠中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり ●授乳中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
*本日、何で(交通手段)来院されましたか。					
1) 電車 2) バス 3) 車 4) 徒歩 5) 自転車 6) その他 ( )					
*初めての来院の方は本日、何を動機に来院されましたか。関係するもの <u>全て</u> に○をつけて下さい。					
1) 紹介 ( <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 医療機関 ) 2) 通りがかり 3) インターネット 4) 新聞折込チラシ					
5) ぱど 6) 看板 ( <input type="checkbox"/> 駅 <input type="checkbox"/> その他 ) 7) 手配り広告 8) その他 ( )					

職員記入欄

インフル前検査

- 内科 ( 続・問診あり: 主訴 [ ] ( 有・無 ) )
- 小児科 ( 続・問診あり: 主訴 [ ] ( 有・無 ) )
- 整形 ( 続・問診あり: 主訴 [ ] )
- 耳鼻科 ( 続・問診あり: 主訴 [ ] )
- 皮膚 ( 続・問診あり: 主訴 [ ] )
- 健診 ( 個・企・ドック・その他オプション等( ) )
- 市健診 ( 特定健診 / 肺 / 大腸 / 胃 / 前立腺・その他( ) )
- 予防接種 ( 【公費】 , 【自費】 )