

診療申込書

予約

ドクターランド大宮

区分：保険忘れ / 労災 / 自賠

PM (外出・院内)

有(:) ・ 無

*太枠の中のご記入をお願い致します。変更のある方はお名前もご記入ください。

氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年 月日	西暦	年	月	日 (歳)
	※高校生以下の方がご受診の際は保護者同伴が必須となります。						
住所	〒 -	TEL					
		携帯					
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						
*初めての来院の方は本日、何を動機に来院されましたか。関係するもの全てに○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

内科 (続 ・ 問診あり: 主訴 []))
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】))
インフルエンザ予防接種 (自費: ¥) (公費: ¥1,600 ・ ¥0))
コロナワクチン カロナール希望

待機場所: 隔離スペース① ・ 待機 () ・ その他 () (会計前) (発熱入 ^o -入)
