

(院内・外出 )

ID:

# 診療申込書

予約 有( : )・無 区分 保険忘れ / 労災 / 自賠

\*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
				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				
*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

内 / 整 / 皮 / 耳 / 眼 / 小 / 乳 / 脳 ( 続 ・ 検結 ・ 問診あり ・ 主訴 [ ] )

内 / 整 / 皮 / 耳 / 眼 / 小 / 乳 / 脳 ( 続 ・ 検結 ・ 問診あり ・ 主訴 [ ] )

内 / 整 / 皮 / 耳 / 眼 / 小 / 乳 / 脳 ( 続 ・ 検結 ・ 問診あり ・ 主訴 [ ] )

健診(企 / 個) ・ 特定(健康診査 / 肺 / 大腸 / 前立腺 / 乳 / 脳 ・ その他( )

予防接種 ( ) / 肺炎球菌 / インフルエンザ 家族受診あり ( 人)

-----