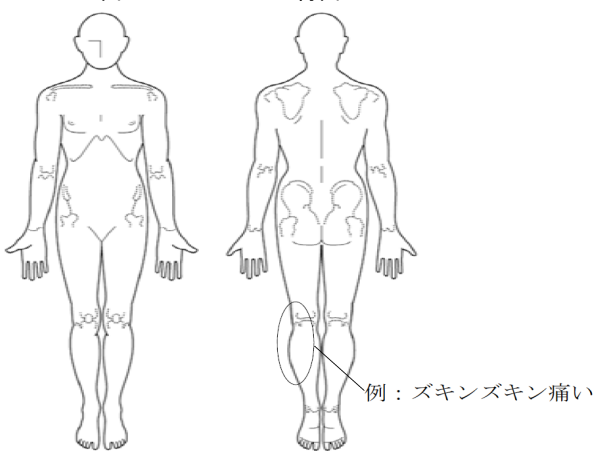


# 診療申込書

受診日 年 月 日

フリガナ		性別	ご住所 〒	
お名前		男・女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成		自宅電話番号	ご職業
	年 月 日(才)		携帯番号	会社員 / 大学生 / 高校生 小中学生 / 主婦 / 無職 パート・アルバイト / その他( )
ご希望の受診科 ( 内科・消化器科・リウマチ・膠原病内科・整形外科・耳鼻咽喉科・その他 )				
交通事故・労災の方は受付までお申し出ください。( 交通事故・労災 )				
いつ頃から症状が出ていますか？				体温
どんな症状でご来院でしょうか？				
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">正面</div> <div style="text-align: center;">背面</div> </div> 		
食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください。				
他の病院でかかっているご病気があればご記入ください。				
処方されているお薬があればお書きください。(お薬手帳など診察前にお見せください)				
喫煙と飲酒についてお尋ねします。【喫煙】 本/日 【飲酒】 を 杯/日・日/週				
■女性の方のみお答えください。現在、妊娠中ですか( いいえ・はい 月・不明 )最終月経( 月 日)				
■女性の方のみお答えください。現在、授乳中ですか( いいえ・はい )				
定期健康診断を受けていますか はい(最終 年 月頃) いいえ				
ご来院きっかけについてお聞かせください。				
1.家の近くで見て 2.会社の近くで見て 3.学校の近くで見て 4.インターネットを見て 5.駅の広告を見て 6.新聞雑誌を見て 7.ご家族からの紹介 8.知人からの紹介 9.タウンページを見て 10.病院からの紹介 11.学校からの紹介 12.セミナー 13.その他( )				
ご記入して頂いた情報は、診療行為以外の目的には使用いたしませんので、ご安心ください。 ご協力ありがとうございました。				