

診 察 申 込 書

平成 年 月 日

本日は、診療情報提供書(紹介状)をお持ちですか？ はい ・ いいえ

1. 本日、来院されたのは？ <input type="checkbox"/> 患者様本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族			
2. 当病院で診察を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある(年位まで)			
3. 現在、他病院又は他施設に入院、入所中ですか？ <input type="checkbox"/> はい 病院名() 施設名() <input type="checkbox"/> いいえ			
4. 3ヶ月以内に他の病院に入院した事が <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> なし			
5. 主な症状を教えてください <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 落ちつかない <input type="checkbox"/> ゆううつ <input type="checkbox"/> アルコールを止められない <input type="checkbox"/> 対人関係 <input type="checkbox"/> その他()			
フリガナ			
受診者			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	性別	男・女 (歳)
住 所	(〒 -)		
本籍地		国籍	
電 話	自 宅: () - <input type="checkbox"/> 病院名を伏せる	携 帯:	- -
フリガナ			
家族連絡	氏 名:	続柄:	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	性別	男・女 (歳)
住 所	(〒 -)		
連絡先①	自宅: () - <input type="checkbox"/> 病院名を伏せる	携帯:	- -
備考			

※ この診察申込書に所定事項を記入の上、保険証を添えて受付に提出して下さい。

尚、保険証をコピーさせていただきます、ご了承ください。

※ 相談及びご本人がみえない場合は、保険証が使えないため自費とさせていただきます。

※ この申込書等にて得られた個人情報については、当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます。