

診 療 申 込 書

NO.

| | |
|--|--|
| 診療日 | 平成 年 月 日 |
| フリガナ | |
| 氏名 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 |
| 現住所 | 〒 - |
| 電話番号 | () - 携帯電話 - - |
| 当院は初めてですか？ | はい ・ いいえ |
| 医師のご希望はございますか？ | はい（希望は？ ） ・ いいえ |
| 介護認定を受けていますか？ | はい（要支援 1・2 ・要介護 1・2・3・4・5） ・ いいえ |
| 介護保険サービスを受けていますか？ | はい ・ いいえ |
| 上記、はいとお答えの方、下記該当箇所を○で囲んでください。 | |
| 訪問介護(ホームヘルパー)・通所介護(デイサービス)・通所リハビリテーション・その他サービス() | |

※交通事故の方・お仕事中的おケガの方は、お申し出ください。

| |
|---|
| <p>今日はどうされましたか？</p> |
| <p>下記の質問についてお答えください。（該当する場合○で囲んでください。）</p> |
| <p>1. 現在、ほかの病院にかかっていますか？ かかっていない ・ かかっている（病名は？ ）</p> |
| <p>2. なにかお薬を飲んでいますか？ のんでいない ・ のんでいる（薬名は？ ）</p> |
| <p>3. 今までにお薬でアレルギーがでたことがありますか？ ない ・ ある（薬名は？ ）</p> |
| <p>4. 今までに局所麻酔の注射をしたことがありますか？（抜歯など） ない ・ ある ・ 不明</p> |
| <p>5. 次の病気があれば○で囲んでください。 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 緑内障 ・ 心疾患 ・ 喘息</p> |
| <p>[女性の方へ] 現在妊娠中ですか？ いいえ ・ はい</p> |