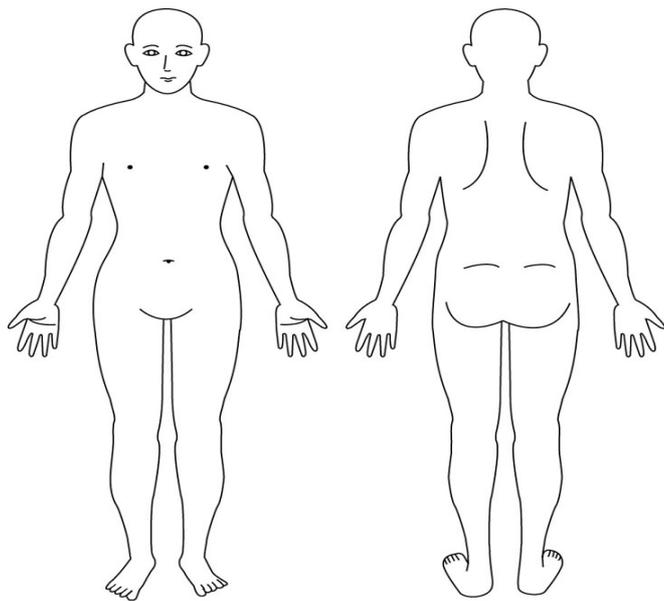


フリガナ お名前	男・女 (歳)
-------------	-------------

①今日は、どこが、どのように具合が悪くて来院されましたか？ 下の体の絵に○印してください。



(1) どこが？

(2) どのように？

(3) いつから？ そのためにどちらかで診察を受けられましたか？

- いいえ
- はい ⇒ いつ？ 月 日
 どこで？ ()病院・医院
 内容は？ 通院 入院
内服薬 注射 手術 その他()

②今までに何か大きな病気を患ったこと、または現在治療を受けておられますか？

- ない
- ある ⇒ 胃腸 心臓 肝臓 腎臓 高血圧 糖尿病
喘息 結核 甲状腺 その他()

③今までに蕁麻疹や食品、薬などでアレルギーをおこしたことがありますか？

ない ある ⇒ (わかれば) 薬品名、食品名

★女性の方にお尋ねします。

- 現在妊娠していますか？ はい いいえ
- 妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
- 「はい」とお答えになった方 (最終月経 月 日)

東 和 病 院

診 察 申 込 書 ※以前に当院で受診された方は記入の必要はありません。



受診科目	1.内科 2.外科 3.その他()				
フリガナ 受診者名	性別 男・女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日	職業		
住所	〒 (〇)				
事業所名	被保険者		続柄		

カルテNo.	本・家	保険証記号・番号			
紹介者	保険者名				
有効期間	年 月 日～	老・母・身	負担者		
	年 月 日	原・生・結	受給者		