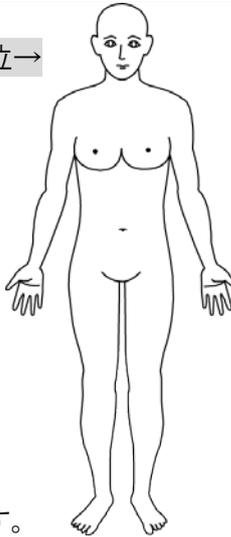
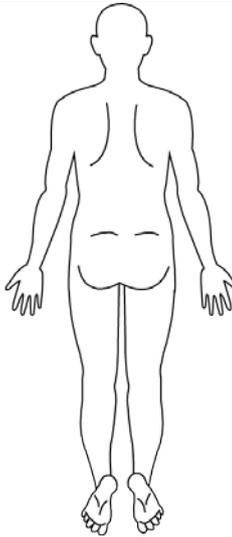


診療申込書

本日の体温 . °C

I D		
フリガナ	性別: <input type="checkbox"/> 男性 · <input type="checkbox"/> 女性	
氏名	生年月日 年 月 日(歳)	
住所	〒 — — — — — 都・道・府・県 — — — — — 区・市・町・村 — — — — —	
	連絡先① — — — — — 連絡先② — — — — —	
希望する診療科目	<input type="checkbox"/> 内科、 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科、 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科、 <input type="checkbox"/> 循環器内科、 <input type="checkbox"/> 外科、 <input type="checkbox"/> 整形外科、 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科、 <input type="checkbox"/> 皮膚科、 <input type="checkbox"/> 脳神経外科、 <input type="checkbox"/> 心療内科、	
問診票		
① いつから症状がありますか? ⇒	<input type="checkbox"/> 今日、 <input type="checkbox"/> ____日前から、 <input type="checkbox"/> ____週間前から、 <input type="checkbox"/> ____ヶ月前から、 <input type="checkbox"/> それ以前	
<p>下記の項目を必ずご記入下さい。</p> <p>② 今日は、どのような症状で診療をご希望ですか。 症状の部位→</p> <p>③ 「熱 鼻水 咳 のどの痛み 吐き気 血圧 胸が苦しい 下痢 めまい 頭痛 首の痛み 肩の痛み 胸痛 腹痛 背中での痛み 腰痛 関節の痛み しびれ」 その他症状() 具体的症状:(※診療の為に大切な記録ですのでお書き下さい。)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p><input type="checkbox"/>転院相談にて来院しました。 病名は、_____とされています。</p>		
④ ケガの方は、⇒項目を必ず記入を必要とします。 ◇ ケガの原因はなんですか?	<input type="checkbox"/> 交通事故、 <input type="checkbox"/> 業務上、 <input type="checkbox"/> 通勤途上、 <input type="checkbox"/> その他()	
⑤ 女性の方のみお答え下さい。 現在妊娠中ですか?	⇒ <input type="checkbox"/> はい · <input type="checkbox"/> いいえ 最終月経: 年 月 日	
<p>⑥ 他の医療機関にかかっていますか? そうであれば、下記をご記入ください。 現在服用中のお薬名=</p> <p>過去服用していたお薬名=</p> <p>過去の通院時病名=</p> <p>(※記憶の範囲内をお願いします)</p>		
<p>⑦ 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?(はい · いいえ) 「はい」の方→原因のお薬又は食べ物=</p>		
<p>⑧ 直近2ヶ月程度で海外への渡航歴はありますか?(はい · いいえ) 「はい」の方→渡航先の国、地域等=</p>		
<p>⑨ 希望する検査等がありますか? 又は、医師へ連絡事項があればご記入下さい。</p>		

※ 当院は、個人情報保護法に関しては、院内に掲示してありますのでそちらをご覧ください。