

# 診療申込書

受付	番	メールアドレス	@
		申込年月日 平成 年 月 日	
フリガナ			(診察券番号)
氏名			男・女 ID 番
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)		
住所	〒 -		職業
ご自宅番号	( ) -	携帯番号	( ) -
身長	cm		体重 kg 増えた 減った 変わらない
血圧計	高	低	脈 体温 度 分

1. 主な症状はなんですか。悪い所はどこですか。□の中に✓印でチェックして下さい。

□せき □吐き気 □熱 □鼻水 □頭痛 □腹痛 □下痢 □胃の痛み

□のどの痛み □花粉症 □だるい □節々が痛い □冷や汗がでる

□脈が遅い □息ぎれ □胸に痛み □その他( )

今回のことで他院を受診しましたか・した( 月 日)・していない

2. その症状はいつ頃からおこりましたか、また経過はどうですか。

いつから ( )

直近1ヵ月海外渡航歴 なし・あり( 国)

3. これまでに薬や注射で気分が悪くなったり、じんましんやアレルギーはありますか。(食物・植物・その他等含む)

ある( ), なし

ご来院アンケートにご協力お願いします  
 当院をお知りになった箇所に○をお願いします

- ①ホームページ(病院なびのインターネットサイト)
- ②Googleインドアビュー
- ③Caloo<sup>カル</sup>のインターネットサイト
- ④ホームページ(エキテン)
- ⑤建物の外壁の看板
- ⑥ご家族の紹介
- ⑦お知り合いのご紹介(お名前 )
- ⑧スーパー万代にきて
- ⑨看板(JR塚口駅デジタル)
- ⑩自治会の配布地図
- ⑪その他( )

裏面にもご記入ください

ハガキを当院からお送りしてよろしいですか? はい, いいえ

