

# 診療申込書

受付 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	
お名前	様		明・大・昭・平	日生(満 歳)
住所	〒 - -			
電話番号	- -	携帯番号	- -	

以下は、ご勤務先の保険証をご使用の方のみご記入ください

ご勤務先名称		代表番号	- -
--------	--	------	-----

ご退職日以後の健康保険証は使用できません

該当項目に  を入れてください

ご質問	
過去での当院受診	<input type="checkbox"/> 有 (旧姓: ) <input type="checkbox"/> 無 初めて
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容:
現在治療中の疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 科 病名:
	科 病名:
	科 病名:
女性の方のみ	妊娠(可能性を含む) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 授乳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

本日の受診の目的を教えてください

<input type="checkbox"/> 内科診察 <input type="checkbox"/> 検診・健診 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> AGA治療 <input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> その他 症状 ( )
--