

## 受診申込書

※ 保険証の確認・カルテ作成等に、少々お時間をいただきます。

		年	月	日
フリガナ		性別	男 ・ 女	
お名前				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日生
ご住所	□□□□ - □□□□			
TEL				
受診科	内科 ・ 外科 ・ 皮膚科 ・ 小児科			
症状				
※ 発熱・かぜ症状の方は、あてはまる症状に○をつけて下さい。				
( ) 発熱している                                  熱…                                  度                                  分				
( ) 寒気がする                                  ( ) はなみずが出る				
( ) 頭が痛い                                  ( ) 下痢・腹痛がある				
( ) のどが痛い                                  ( ) 吐いている				
( ) 関節が痛い                                  ( ) 痰が出る…色は？(白・黄・緑・血が混じる)				
( ) 咳がでる                                  ( ) 喘息のようにゼイゼイいう				
現在、治療中の病気があれば、ご記入下さい。				
服用中の薬：				
アレルギーは？(ある ・ ない )				
ある方→くすり：				
食べ物：				
その他：				
西七条診療所を受診された動機				
1. 知人・友人の紹介                                  2. 家・職場が近い				
3. 家族が受診している                                  4. 広告・電話帳を見て				
5. インターネットを見て				
6. 他の医師からの紹介 (                                  ) 病院・診療所				
7. その他 (                                  )				

- \* 当診療所では、患者様に安全安心な医療をご提供するとともに、患者様の個人情報の取り扱いにも万全の体制で取り組んでいます。
- \* 当診療所の個人情報の取得および利用目的につきましては、提示物・文書をご覧ください。なお、お申し出がないものにつきましては、ご同意頂いたもとの判断させていただきます。
- \* 不明な点につきましては、お気軽におたずね下さい。
- \* ご住所等、連絡先が変更になりましたら、お知らせ下さいますようお願いいたします。

西七条診療所      所長