



外来受診の方へ

※当院で診療を受けた事がある場合は、お申し出ください。

令和 年 月 日

フリガナ					
氏名	男 ・ 女				
生年月日	(明・大・昭・平)	年	月	日	(才)
住所					
電話番号	自宅 ()	—			
	携帯電話 ()	—			
勤務先	名称				職種

●具合の悪いところを具体的に記入してください。

●いつからですか？

●今回の症状で他の病院にかかりましたか？

いいえ はい 年 月 日頃から _____ 病院・医院で受診

●今までに大きな病気や現在治療中の病気がありますか？

●以下の病気と診断された事がありますか？

・高血圧 なし あり ・脂質異常症 なし あり ・糖尿病 なし あり

●現在、飲んでいる薬はありますか？

なし あり ⇒ お薬手帳 なし あり

●薬のアレルギーはありますか？

なし あり ⇒ 薬品名 _____●たばこ 吸わない 吸う (1日 _____ 本) やめた●アルコール 飲まない 飲む (種類 _____、毎日・時々・1日 _____ 杯・本)

●健診結果・他院からの紹介状などがありますか？

なし あり●介護サービス 利用していない利用している ⇒ 施設名 _____

ケアマネジャーのご氏名 _____ 様

連絡先 TEL () _____

以上、ご記入ありがとうございました。

医事課
記入欄介護保険の利用 なし あり ⇒ 介護区分 要支援 (1・2)・要介護 (1・2・3・4・5)