、いつもお世話になっております。

受診依頼時に下記項目に記載し、FAX を頂きましたら、届いた時間で受付を致します。

下記診療申込書と同時に保険証の写しも FAX をお願い致します。

受診科目　　**診 療 申 込 書**　　令和　年　月　日

内 科	循環器	消化器	外科	整 外		脳 外	産婦人科
ふりがな				男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	
氏 名						満 才	
住 所	〒 （電話）（　）　-						

（注）　内科・産婦人科受診の方は検尿がありますので、診察前にお手洗いに行かれる方は、看護師にお知らせください。

（注）　保険証の提出のない場合は自費扱いとなりますので、ご了承ください。

問診票＜地域内科＞

施 設 名		来 院 日 時	年 月 日
氏 名		性 別	□ 男 □ 女
生 年 月 日	年 月 日生（ ）歳	介 護 認 定	
家族来院時間	誰が （ ） 到着予定時間（ : ）		
ご家族連絡先	① 名前（ ） 関係（ ）電話（ - - ）		
	② 名前（ ） 関係（ ）電話（ - - ）		

1．本日の症状はいつからどのような状況か、ご記入ください。

2．既往歴・アレルギーについて

1）アレルギーについて

□ 無

□ 有　　食物（ ）　薬剤（ ）

2）既往歴

年齢/年	病名	治療内容	治療施設名

※来院時には、内服しているお薬情報の持参をお願いします。