

診療申込書

氏名	フリガナ (姓) _____ (名) _____	性別	男	生年月日	明治	年	月	日	歳
			女		大正				
住所	〒 _____	本人携帯							
連絡先	☆必要時に病院から連絡してもよい番号をご記入ください☆								
	①	自宅	家族	続柄( ) 氏名					
	②	自宅	家族	続柄( ) 氏名					

受診の理由 ※ 該当するところに○をつけてください。

気になる症状がある ※症状に応じた問診票を 後ほどお渡しいたします。	<input type="checkbox"/>	風邪や腹痛の診察
	<input type="checkbox"/>	リウマチや膠原病について
	<input type="checkbox"/>	甲状腺の病気について
	<input type="checkbox"/>	その他の症状
他の病院・診療所から受診するよう指示・紹介された		
人間ドック・健診の結果から受診するよう指示・紹介された(結果に異常があった)		
通院中の病院・診療所に不安・不満がある。病状が良くならない。		
通院中の病院・診療所の診療時間が合わない。		
転居、または勤務先が変わったため。		
その他		

紹介状・検査結果・お薬手帳を受付にご提示ください