

受診申し込み書

ID 800

記入日 年 月 日

ふりがな			
氏 名			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平成 年 月 日		
年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
電 話	市外局番 : 045 ・ 044 ・ () —		
携帯電話	— —		
郵便番号	—		
住 所	横浜市 ・ 川崎市 () マンション・ビル名: ※必ずご記入下さい		
F A X	同上 ・ なし (— —)		
緊急連絡先	続柄 ()		

備 考	受付	入力

適切な診療を行うための参考に致しますので、以下にご記入下さい。

ふりがな

氏 名 _____ 年齢() 男・女 ご職業() _____

1. 本日受診をご希望する診療科にチェックをしてください。

内科 呼吸器科 泌尿器科

2. いつ頃から症状がでましたか？

今日から 昨日から () (日・週間・か月・年)前から

3. どのような症状ですか？

(_____)

4. このことで今までに医療機関へかかったことがありますか？

なし あり→(医療機関名 _____)
ありの方→()頃、検査 投薬 注射 を受けた

5. これまでに何かの病気で治療、手術を受けたことがありますか？

(現在治療中のものも含みます)

高血圧 高脂血症 心臓病 糖尿病 高尿酸血症、痛風

喘息 心臓ペースメーカー 脳卒中、脳梗塞、脳出血 緑内障

花粉症 アレルギー→(_____)

その他→(_____)

手術なし、手術あり→(_____)

6. 現在、定期的に使用している薬剤はありますか？ なし あり

*ありの方で処方内容がわかるものがあれば、スタッフにお見せください。

7. アルコールの摂取は しない あり→(毎日 週に _____ 日くらい)

喫煙は しない やめた あり(1日 _____ 本を _____ 年間くらい)

8. ペットは飼っていますか？ いない いる(種類; _____)

9. 6ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？ なし あり(国; _____)

10. 女性の方へ、妊娠の可能性は？ なし あり 閉経は(_____)歳

出産の経験は？ なし あり (_____ 回)

11. 当院では診療に際し、ご本人にきちんと説明を行うように心掛けております。

a) あなたの病気が例えば、悪性腫瘍(がん)であった場合にも、ありのままの説明を受けたいとお考えでしょうか？

どんな病気でも説明を受けたい がんの場合は聞かなくてよい

b) 治らない場合はどうでしょうか？

治らないのなら聞きたくない 治らなくてもきちんと聞きたい

c) ご家族が「がん」だとしたら、そのご家族にはどのようにお話しをされますか？

真実を話したい がんであることは話さない

d) 治らない場合はどうでしょうか？

治らないなら話さない 治らなくても話す