

受診申込書

科

カルテ番号 No. _____

平成 年 月 日

太枠内のみ記入して下さい

保険証を必ずお出し下さい

A	ふりがな			住所	TEL
	患者の名前				
B	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日 (才)
	① 0才 ② 1才～6才 ③ 7才～15才 ④ 16才～64才 ⑤ 65才～69才 ⑥ 70才以上				
C	かかりつけの医師 はありますか	① 有 ② 無	どこから こられましたか	① 市内 ② 市外	
E	この診療所迄どうし てこられましたか	① 歩いて ② 自転車 ③ 電車 ④ バス ⑤ 自家用車 ⑥ タクシー ⑦ 救急車 ⑧ パトロールカー ⑨ その他			
F	何日前に 発病しましたか	① 1～2日前 ② 2～3日前 ③ 3～4日前 ④ 4日以上 (日前から)			
G	この病気になって	① 初めてかかる ② 現在医師にかかっている ③ 医師からの紹介 ④ その他			
H	当診療所で受診されたことがありますか	① 有 (回) ② 無			
	特異体質やアレルギーはありますか	ある ない	薬をのんで副作用はありませんか	ある ない	
	注射をして異常はありませんか	ある ない	内科的な病気はありませんか	ある ない	
今、薬を飲んでいますか					
いる いない その他特別な事はありますか					

これから下は記入しないで下さい。(診療所記載分)

I	傷病名									
J	診療受付時間	9	10	11	12	13	14	15	16	17
K	患者の処置	① 帰宅 ② 転送(病院名) ③ 回復室使用 ④ 再診 ⑤ 電話再診								
L	診療にあたった 医師の判断 (医師記入)	① 急病患者 ② 電話説明でもすむ患者 ③ 前日他の医療機関で受診すべきだった患者 ④ 翌日でもよかった患者								