

# 診療申し込み票

F A X 03-5985-1082

ご記入の上お送りください。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\*ご予約がお済みでない場合、予約日時は空欄のままお送りください。こちらからお電話して予約日時を決めさせていただきます。

- ◆ 予約日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) : 希望担当医師 帯津・滝原・板村・特になし  
カガナ 大正・昭和・平成
- ◆ 患者名 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ◆ 病名 \_\_\_\_\_ 診断された日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ◆ 住所 下 \_\_\_\_\_
- ◆ 連絡先 tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_
- ◆ 携帯 tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- ◆ 申込者 \_\_\_\_\_ 本人・妻・夫・子供・兄弟 その他 ( )
- ◆ 家族構成(同居) \_\_\_\_\_
- ◆ 緊急連絡先 tel. : \_\_\_\_\_ 氏名 : \_\_\_\_\_ 続柄 ( )
- ◆ 紹介状 ( あり・なし ) ◆当院を何でお知りになりましたか? ( )
- ◆ ご本人は病名をご存知ですか? ( はい・いいえ )
- ◆ ご本人は当院を希望していますか? ( はい・いいえ・家族のみ希望)
- ◆ ご本人が来院できますか? (はい・家族だけ相談に来たい)
- ◆ ご相談になりたいこと \*必ず書いてください。

[ \_\_\_\_\_ ]

- ◆ 薬のアレルギーについて なし・あり 具体的に \_\_\_\_\_
- ◆ 感染症について なし・あり
- ◆ 現在病院にかかっていますか? いいえ・はい 病院名: \_\_\_\_\_

◇腫瘍の方は以下の項目もご記入ください。

- ・手術 なし・あり \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 病院名: \_\_\_\_\_
- ・化学療法 なし・あり \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ クール
- ・放射線 なし・あり \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 回
- ・その他 ( )
- ・治療の終わった時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ・ 現在継続中
- ・今後の治療 なし・あり \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・最後に外来を受診した日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・次回外来受診予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 病院名: \_\_\_\_\_

- ◆ 現在の状況についてお答えください。
  - ・ 歩行 (自立・杖・補助が必要・車椅子)
  - ・ 痛み (強い痛み・我慢できるが痛い・あまりない)
  - ・ 食事 (普通に食べられる・食欲が無いが食べられる・ほとんど食べられない)
  - ・ 排泄 尿 (よく出る・あまり出ない) 便 (普通に出る・便秘ぎみ・下痢ぎみ・ほとんど出ない)
  - ・ 仕事 ( )
- ◆ 自分でやっていること 例) 健康食品やその他の療法など

[ \_\_\_\_\_ ]