

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
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

[]