

診察申込書

年 月 日 ID ()

氏名	フリガナ	生年月日	西暦・大正・昭和・平成
	(男・女) 旧姓 ()		年 月 日 (歳)
住所	〒		神戸医療生協の 組合員さんですか?
電話	自宅： 携帯：		はい いいえ
●緊急時の連絡先（ご自宅以外） 氏 名 () 続 柄 () 電話番号 ()			
●家族構成について（同居のご家族についておたずねします） <input type="checkbox"/> 独居・ <input type="checkbox"/> 同居（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 子__人 きょうだい__人 祖父母__人 その他__人）			
●65歳以上の方へ 介護保険の認定を受けていますか？ はい ・ いいえ 要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）			

●マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意しますか（はい・いいえ）

●当院を何でお知りになりましたか？

近所(自宅・会社) 知人の紹介 他院の紹介 ホームページ 広告 健診 その他()

●どのような症状で来院されましたか？ その症状はいつからですか？

●今までに大きな病気や手術をされた事がありますか？

なし ・ あり ()

●かかりつけの医院、病院があればお書きください

なし ・ あり 院所名() 病名()

●お薬・アレルギーについて お薬手帳持参 なし ・ あり

服薬中のお薬 なし ・ あり ()

アレルギー 薬品：なし ・ あり() 食品：なし ・ あり()

●たばこ・お酒について

たばこ 吸わない ・ 吸う(1日 本)

お酒 飲まない ・ 飲む(種類： を1日量 を週に 回)

●女性の方におたずねします

妊娠中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中 ・ いずれも当てはまらない