

ID[]

野崎徳洲会病院 診療申込書・問診票

年 月 日

下記の必要事項をご記入の上、受付窓口にご提出ください。

フリガナ []	年齢 [] 男・女
お名前 []	旧姓 []
生年月日 : 明・大・昭・平 年 月 日	
住所 : 〒 -	
電話番号 : -	
緊急連絡先 : -	(ご関係)
一度でも当院で診療を受けられたことがありますか？	紹介状はありますか？
はい ・ いいえ	有 ・ 無

他医療機関等からの紹介状がない場合は、初診料及び初診に係る特別の料金として1,000円を徴収致します。ただし、緊急その他やむを得ない事情によってはこの限りではありません。

※その他やむを得ない事情とは、①国の公費負担医療受給者で、生活保護法・結核予防法などの対象疾病等で当該医療券をお持ちになって受診される場合 ②大阪府の公費負担医療助成制度受給対象者で、特定の障害や特定疾病の医療券・医療証をお持ちになって受診される場合をいいます。

上記の内容を承認し診療の申込みをします。 同意署名 _____

診察を希望する診療科・医師がおられればお書きください。
分からなければ「わからない」とお書きください。

診察希望診療科	診察希望医師 []
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 心臓センター循環器科 <input type="checkbox"/> 心臓センター心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> わからない

- ① 今回受診された一番の理由をお書きください。症状や検査・治療の希望など。
[]
- ② かかりつけの病医院・先生はいらっしゃいますか？
 いない
 いる
 [] クリニック []
 [] 医院 []
 [] 病院 []
 ○で囲んで下さい
- ③ これまでに言われた・または診て頂いている病気は何ですか？
[]
- ④ 入院したり、手術を受けたりしたことがありますか？
 ない
 ある
 []
- 大体の住所をお書きください。⑤ アレルギーはありますか？
 ない
 ある
 []
- ⑥ 輸血を受けたことがありますか？
 ない
 ある
 []
- 先生のお名前も教えてください。
[] 先生 []
- ⑦ 妊娠している可能性はありますか？
 ない
 ある
 []

御協力ありがとうございました