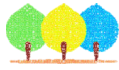


カルテ 番号		
-----------	--	--

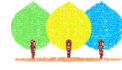
青和病院 診療申込書

受付日 年 月 日

～ 青和病院にはじめてご来院された方へ ～



当院では、来院される皆様へ適格な診断・治療とサービス向上を目指しております。
今後の参考とさせていただきますので、ご記入お願い致します。



● どのようにして当院をお知りになりましたか？

- 自宅や職場から近い
- インターネットのサイト
- 当院のホームページ
- 電話帳・新聞広告
- 看板や電柱広告
- 電車案内放送
- 保健所や市役所からの紹介
- 知人からの紹介
- 当院職員からの紹介
- 以前に当院に入院または通院したことがある …時期：
- 他医療機関や施設からの紹介（紹介状： なし あり …医療機関名：
- その他

● どのようにして来院されましたか？

- 車を運転してきた
- 車で送ってもらった
- 自転車
- 電車…下車駅： 駅
- バス…下車停留所：
- 徒歩

～ 受診されるご本人様についてご記入ください。～

ふりがな		性別	婚姻
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生	歳
住 所	〒 □□□□ - □□□□		
電話番号	自 宅： () 携帯電話： - -		
職 業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他		
緊急連絡先 *必ずご記入 ください。	ふりがな		続柄
	氏 名		
	住 所	〒 □□□□ - □□□□	
	電話番号	- -	

～ ここからは診療に必要な情報です。引き続きご記入お願いいたします。～

● どのような症状でお困りですか？

- 眠れない 気分がすぐれない 身体がだるい 食欲がない
 不安感がある 入院希望 ご家族についての相談 …続柄：

その他、お困りの点や本日受診された理由など：

症状が始まった時期：日前 ヶ月前 年前

● これまでに心療内科や精神科を受診したことがありますか？

- ない ある …時期：..... / 病院名：.....
服用した薬：.....

● 現在、薬を服用中ですか？

- 服用していない 服用している… 薬の名前：.....

● これまでにかかった病気や現在かかっている病気がありますか？

- ない ある …時期：..... / 病名：.....

● 薬や食べ物のアレルギーがありますか？

- ない ある …薬の名前または食べ物の種類：.....

● 飲酒について

- 飲まない やめた 飲む … 毎日 週に数回 時々
 ビール 日本酒 焼酎 ワイン その他
1日の飲酒量 / 飲酒開始年齢歳

● 喫煙について

- 吸わない やめた 吸う … 毎日 週に数回 時々
1日の喫煙量 / 喫煙開始年齢歳

● お仕事について

現在のお仕事の勤続年数年 / 仕事の内容.....
これまでの職歴.....

● ご家族について

.....人家族 / 家族構成.....
精神疾患の方がいますか？ いない いる …続柄：..... / 病名.....

● 診断書等作成の際の必要事項

身長cm 体重kg 利き手： 右 左

● 女性の方のみ

- 生理は順調ですか？ はい いいえ 閉経した
現在妊娠中あるいはその可能性はありますか？ はい いいえ
現在授乳中ですか？ はい いいえ

● この用紙を記入された方

- 受診されるご本人様 ご家族 …続柄..... それ以外 ….....