

# 新規受診申込書

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	明治・大正・昭和・平成・令和	
氏名			年 月 日 歳	
住所	〒	電話	自宅 ( ) 携帯 ( )	
東京ふれあい医療生協の組合員ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 家族が組合員 <input type="checkbox"/> わからない				
保護者・付添者 氏名	フリガナ	続柄	電話	自宅 ( ) 携帯 ( )

わかる範囲でご記入ください。□は該当する欄にチェックをつけてください。

個人情報の利用目的については、別紙お知らせをお読みください。

1. 今日はどうされましたか(いつから・どこが・どのように)

( )

2. 紹介状はありますか なし あり→受付にご提出ください

3. 現在治療中の病気はありますか

なし あり 病名( )

4. 現在服用中のお薬はありますか なし あり お薬手帳なし あり→受付にご提出ください

5. 今までに入院したり 大きなケガや病気にかかったことはありますか

なし あり ※病名 治療状況等下記に記入ください

( )

( )

6. 薬による副作用、アレルギーはありますか なし あり 薬品名( )

7. 食物によるアレルギーはありますか なし あり 食品名( )

8. 身長( )cm 体重( )kg

9. 女性の方へ 妊娠中( )週 妊娠の可能性なし あり 授乳中

10. 緊急時の連絡先をご記入ください(家族、ケアマネージャーなど)

①電話( )氏名( )関係( )

②電話( )氏名( )関係( )

③電話( )氏名( )関係( )

11. ご家族構成をご記入ください 同居されている方には○をつけてください

( ) 独居

12. 介護保険の申請をしていますか

いいえ わからない

はい 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

ケアマネージャー 事業所名( )担当者名( )

13. 梶原診療所を何で知りましたか。

家族の勧め 知人の勧め 通りすがり 看板を見た インターネットで調べた

他院の紹介 その他( )

《ご記入ありがとうございました》