様式16号

診　療　申　込　用　紙

第三北品川病院

申込日　　年　　月　　日

受診を希望される診療科（　整形外科・形成外科・脳神経外科・内科・外科　）

患者番号　　－　　－

フリガナ		性別	男・女	明治・大正・昭和・平成
氏　名				年　月　日　才
住　所	〒　－　　TEL（　）－　－			
勤務先		勤務先住所	〒　－　TEL（　）－　－	

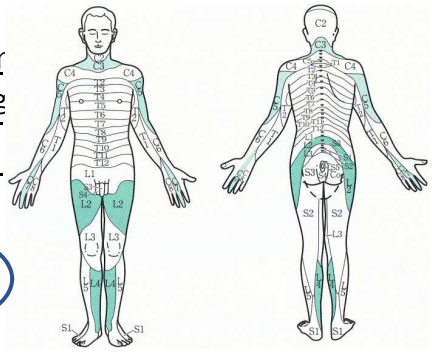
1 どのように具合が悪いですか？

いつから？　　どこが？

どのように？

身長：　cm
体重：　kg
体温：　℃

※該当するところに○印を付けて下さい。



2 現在治療中の病気はありますか？（該当項目に○印を付けて下さい。）

Ⅰはい　Ⅱいいえ　Ⅲわかりません

→ 心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓・腎臓・蕁麻疹などのアレルギー疾患
その他　【　】
服用中のお薬はありますか？【　】
※お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。

3 上記以外で、これまでに重大な病気にかかったり、手術を受けたことはありますか？

Ⅰはい
何歳ごろ、または、何年頃ですか？【　】
Ⅱいいえ　Ⅲわかりません

4 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

Ⅰはい　【　】　Ⅱいいえ　Ⅲわかりません

5 「血縁者」で重大な病気やアレルギー疾患があると言われた人がいますか？

Ⅰはい　【　】　Ⅱいいえ　Ⅲわかりません

6 たばこは吸いますか？　Ⅰはい【1日　本】　Ⅱいいえ

7 最後の食事をされた時間は何時頃ですか？　【　昨日　・　本日　時頃】

8 女性の方へ。現在、妊娠をしてますか？

Ⅰはい　Ⅱいいえ　【最終月経：　年　月　日】

9 紹介状はありますか？　Ⅰはい　Ⅱいいえ

10 現在、かかりつけの病院・診療所はありますか？

Ⅰはい　病院・診療所名【　】　Ⅱいいえ