

診療申込書

Patient Registration Form

年 月

受診科	内	小	皮	放	外	脳外	脳血	間脳	リ膠	整	形	産婦	泌	眼	耳	麻
-----	---	---	---	---	---	----	----	----	----	---	---	----	---	---	---	---

●太枠の中を丁寧に記入ください。

フリガナ			生年月日 Date of birth	性別 Sex
患者氏名 Patient Name			大正・平成 年 月 日 昭和・令和 (満 歳)	男・女
自宅の住所 Address	〒 ー		自宅電話 () Home phone 本人携帯 () Patient's mobile phone	
自宅以外の連絡先 Emergency Contact	氏名 Name	続柄 Relationship	電話 Phone ()	
職業(勤務先名称) Place of work			国籍 Nationality	
母国語 Native language	対応可能な言語 Available language other than native language		宗教 Religion	

*** 転倒リスクのご確認 ***

- ① 過去1年間に転んだことがありますか。 はい いいえ 5点
 ② 歩く速度が遅くなったと思いますか。 はい いいえ 2点
 ③ 杖を使っていますか。 はい いいえ 2点
 ④ 背中がまるくなってきましたか。 はい いいえ 2点
 ⑤ 毎日お薬を5種類以上飲んでいませんか。 はい いいえ 2点

※転倒リスクが6点以上の方は、病院職員が把握できるようにストラップを装着していただいております。

①	②	③
印	印	印

*** 診療申込書の記入方法 ***

当院に初めて受診する患者さんは『診療申込書』をご記入のうえ、健康保険証又は身分証と伴に初診受付へご提出ください。なお、他医療機関からの紹介状をお持ちのかたは併せてご提出ください。

診療申込書

受診科	内	小	皮	放	外	脳外	脳血	間脳	リ膠	整	形	産婦	泌	眼	耳	麻
-----	---	---	---	---	---	----	----	----	----	---	---	----	---	---	---	---

●太枠の中を丁寧に記入ください。

フリガナ			生年月日	性別
患者氏名			大正・平成 年 月 日 昭和・令和 (満 歳)	男・女
自宅の住所	〒 ー		自宅電話 () 本人携帯 ()	
自宅以外の連絡先	氏名	続柄	電話 ()	
職業 (勤務先名称)			国籍	
母国語	母国語以外に 対応可能な言語		宗教	

*** 転倒リスクのご確認 ***

- ① 過去1年間に転んだことがありますか。 はい いいえ 5点
 ② 歩く速度が遅くなったと思いますか。 はい いいえ 2点
 ③ 杖を使っていますか。 はい いいえ 2点
 ④ 背中がまるくなってきましたか。 はい いいえ 2点
 ⑤ 毎日お薬を5種類以上飲んでいませんか。 はい いいえ 2点

※転倒リスクが6点以上の方は、病院職員が把握できるようにストラップを装着していただいております。

①	②	③
印	印	印

『自宅の住所』
現在お住まいの住所を
ご記入ください。

『自宅以外の連絡先』
緊急時等に連絡を行う
自宅以外の連絡先をご
記入ください。(同一世
帯可)

『転倒リスクのご確認』
①～⑤の質問にご回答
ください。