

診療申込書

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	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	〒 -											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

*** 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共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

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	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	〒 -											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

『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。

*** 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