

【耳鼻科 往診依頼シート】

申込日 年 月 日

下記**太字項目**は必ずご記入お願い致します。その他は分かる範囲でご記入ください。
申し込まれる際に保険証の写しと併せてFAXでお送りください。

ご相談者様	担当者名	-----様	【続柄】	電話番号	- -
	医療機関 事業所名			FAX	- -
当院の 受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ID ()		年頃	科	
フリガナ 患者名	-----様	男・女	歳	【生年月日】 T・S・H	年 月 日
訪問先住所	【施設名】			電話番号	- -
	住所			携帯電話等	- -
キーパーソン (本人の代理人)	氏名	-----様	【続柄】	電話番号	- -
	住所			携帯電話等	- -
往診希望時期	<input type="checkbox"/> 早めに <input type="checkbox"/> 月 日 ~ 希望				
耳の症状	(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 耳垢 <input type="checkbox"/> 耳垂れ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 聞こえの低下 <input type="checkbox"/> その他				
過去の病名 (既往症)					
今の病名 (状態)	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他				
現在服薬中の 薬					
掛かりつけ医	【医療機関名】		病院	科	病院 科
精神症状	認知症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 問題行動: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
備考欄					

医療法人社団 三誠会 北斗わかば病院 耳鼻いんこう科

〒434-0015 浜松市浜名区於呂3181-1 ☎ 053-588-5000

Email: ijika@hokuto-wakaba.jp