

診 療 申 込 書

診察の参考とさせていただきますので、ご協力をお願い致します。

ご記入いただいた個人情報は、診療目的以外には使用しません。

- 当院では医療事故防止の観点から、診察、会計等に患者様をお呼びする際に「氏名」にてお呼びだし致しております。不都合な場合は、受付までお申し出くださいます様お願いいたします。
- 再診の方を優先して診察する場合があります。**初診の方は診察までお時間をいただく場合があります**ので、あらかじめご了承くださいませ、お願いいたします。

1. 診察を受けられる方（ご本人）について

フリガナ			
氏 名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）	性別	男 女
住 所	〒		
自宅電話番号	- -	携帯電話番号	- -
		受診される方の携帯電話番号でない場合はその続柄（ ）	

2. 相談されたいこと（あてはまる項目にチェック印をつけてください。）

外来診察希望 入院希望

3. どういった症状でしょうか。（あてはまる項目にチェック印をつけてください。）

- 気分が落ち込む 眠れない 食欲が無い やる気が起きない
- 落ち着かない 気分が高ぶる よくしゃべる 何かが聞こえる
- 見られている様な気がする 悪口を言われている様な気がする
- 家の中にひきこもっている 食事に関して問題がある
- アルコールに問題がある その他（ ）



4. 精神科・心療内科の入院・受診歴について（あてはまる項目にチェック印をつけてください。）

- 今回初めて、相談・診察を受ける。
- 当院を受診したことがある。（昭和・平成・令和 年頃 入院 ・ 外来 ）
- 他医療機関を受診したことがある。（昭和・平成・令和 年頃 入院 ・ 外来 ）
（医療機関名： ）

5. 一緒に来られた方

- ・ 氏 名： 続 柄：診察を受ける方の（ ）
- ・ 氏 名： 続 柄：診察を受ける方の（ ）

6. 緊急時の連絡手段について

ご家族の方の勤務先をご記入ください。（診察を受ける方が、緊急時のみご連絡いたします。）

勤務先名			
部署名		電話番号	

裏面もご記入ください。

7. 現在、定期的に通院している医療機関はありますか。

医療機関名	
病名	
内服しているお薬	

8. 薬や食物でアレルギーはありますか。

ない ある（ ）

9. 自立支援医療（精神通院）制度の申請について（あてはまる項目にチェック印をつけてください。）

申請していない。

他医療機関において申請済みだが、まだ医療機関の変更届はしてない。

※登録医療機関を佐潟公園病院に変更していない場合は、自立支援医療の適用はできませんので、**あらかじめ受診日までにお住いの市区町村役場において変更手続きを行うことをお勧めします。**尚、受診後に変更届を区市町村役場に申請された場合、その旨を必ず受付へお申し出ください。

他医療機関において申請済みで、医療機関の変更届（佐潟公園病院）もしている。

※受付へ受給者証と自己負担上限額管理表を提示してください。

11. 65歳以上の方へお聞きします。高齢者用肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか。

ない ある（接種済証ご提示ください）

10. 当院を何処で知りましたか？（あてはまる項目にチェック印をつけてください。）

他病院 他診療所 保健所 ホームページ 新聞広告 タウンページ

家族 友人 その他（ ）

ご記入ありがとうございました。診療申込書は、受付へお渡しください。

～初めて受診されるか方は、このような流れになります～

① 受付

診療申込書に記入していただきます。保険証や他医療機関からの紹介状等を提示していただきます。

② 診察

精神科医による診察を行います。



③ 会計

会計時に投薬がある方は、院外処方せんをお渡しします。

