

# 診 療 申 込 書

令和 年 月 日

名寄市風連国民健康保険診療所

ふりがな		性 別
氏 名		男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	歳
現 住 所	〒 電話番号 (      )      -      携帯番号 (      )      - 持っている方は両方記入お願いします。	
滞 在 先	滞在先住所 滞在先名称  電話番号 (      )      -	
勤 務 先	名 称 所在地  電話番号 (      )      -	
受診内容		

◆今までに大きな病気・手術をしたことがありますか（はい・いいえ）  
ある場合は、わかる範囲でお書きください。

◆現在、他の医療機関で診療を受け、お薬などを飲んでいますか（はい・いいえ）  
飲んでいる場合は、わかる範囲で薬の名前などをお書きください

お薬手帳      （あり・なし）

◆アレルギーがあればお書きください。      （ある      ・      ない）

◆飲んではいけない薬はありますか。      （ある      ・      ない）  
ある場合は、わかる範囲で薬名をお書きください。