

外来 予診票

受診日 平成 年 月 日

受診される方のお名前

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(満 歳) 男・女

診療に役立てるため、下記の質問事項にご記入、または該当するものに○印をつけてください。

1. 診療情報提供書(紹介状)はお持ちですか? はい いいえ
2. 現在服用されているお薬はありますか?
ない ある _____
3. 今までにかかった病気やケガはありますか?
ない ある _____
4. 食品や薬のアレルギーはありますか?
ない ある _____
5. 女性の方は、妊娠中または妊娠している可能性はありますか?
はい いいえ 出産予定日 年 月 日
6. 精神科初診時は、特殊な加算がされるため一般の科より診療代が高めとなる場合があります。

お会計に不安のある方は、ご遠慮なくお申し出ください。

自己負担額例として

⇒3割負担の場合: 初診料2,910円+検査代(通常血液検査)1,800円+お薬代

不安が: ない ある

7. 当院を知ったきっかけは何ですか? 該当するものに○をつけてください。
a. 紹介: 友人、知人・医療機関・その他()
b. インターネット: 当院サイト・その他()
c. 電話帳 d. 電柱広告 e. その他()
8. その他ご意見・ご要望があればご記入ください。

ご記入いただきましたら、受付にご提出願います。ご協力ありがとうございました。

医療法人社団 林下病院 院長 林下 忠行