



# 相談予約申込書(問診シート)

Terra ファミリークリニック FAX:03-3511-1502

記入日 年 月 日

※FAX で送信される際は、送信前に再度電話番号をご確認ください。

ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名	殿	女	年 月 日生( 歳)	
自宅住所・電話番号	( 〒 — )			
申込者相談者	当てはまるほうに☑し記入してください。		ご紹介者:	
	<input type="checkbox"/> 本人	お名前: 続柄 ( )	勤務先[会社名: ]	
<input type="checkbox"/> 家族	電話番号: - -		役職	
【必須】連絡先電話番号	自宅 勤務先 その他: 携帯 ( )	E-mail	PC・携帯	
	( )			

● 相談の理由・目的について【必須】

(1)裏面の【別紙1】をご記入下さい。

(2)その他項目に当てはまらない場合は( )内にご記入下さい。

{ }

● 現在の病院の担当医師からは、現在の病状はどのように説明されていますか。

① 病名(または症状): \_\_\_\_\_

②現在の状態:○をつけてください (1)治療前 (2)治療中(通院中・入院中) (3)経過観察中

症状をご記入下さい。 また、治療中の方はわかる範囲で治療内容やお薬などご記入下さい。

{ }

③今後の検査や治療の予定(検査予定の日付もご記入下さい):

{ }

● 現在通院中の病院・医師についてお教えてください。

① 医療機関(病院)名: \_\_\_\_\_ 所在地: \_\_\_\_\_  
例:東京都千代田区

② 専門科:番号に○をつけてください。

(1)脳神経外科 (2)整形外科・脊椎外科 (3)血液・腫瘍内科 (4)循環器内科 (5)心臓外科 (6)呼吸器外科  
(7)胃・食道外科 (8)肝・胆・膵外科 (9)大腸・肛門外科 (10)乳腺・内分泌外科 (11)泌尿器科・男性科 (12)神経内科  
(13)アレルギー・リウマチ内科 (14)眼科 (15)放射線科 (16)小児科・小児外科 (17)婦人科・産科 (18)歯科  
(19)その他: { }

③ 担当医師名: \_\_\_\_\_ 先生

その他当院や当院の診療に関するお問い合わせはお電話もしくはホームページ専用フォームよりお願い致します。

TEL:03-3511-1501(平日 9:00-17:00 土日祭日除く)/Mail:toiawase@terra doctor.jp