

診療申込書

カルテ No.

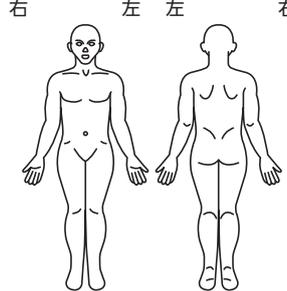
年 月 日

フリガナ		男	生年月日	
氏名		女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳	
住所	〒			※前回受診より変更ない方は ✓をいれてください。 <input type="checkbox"/>
電話	自宅	() -	携帯	- -

★診療上、大切なことです。わかりやすく症状を記入してください。

1)症状を具体的に書いてください。
(年 月 日頃から) 身長()cm・体重()kg

右 左 左 右



2)今回の症状で、どちらかの病院を受診しましたか？ (はい・いいえ)
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ (はい・いいえ)
MRI・CT撮影はしましたか？ (はい・いいえ)

3)それはお仕事中(労災対象)の怪我・交通事故・通勤途上の交通事故ですか？ (はい・いいえ)

4)ご職業を教えてください。 ※選択し○で囲んでください。 ※身体にどれほどの負担がかかっているか目安にします。
デスクワーク ・ 営業職 ・ 販売職 ・ 介護職 ・ 軽作業 ・ 現場作業 ・ 主婦 ・ 無職
その他(立ち作業 or 座り作業) 学生(年生)

5)今までに大きな病気・怪我(入院や手術を要するもの等)はありますか？ または現在治療中の病気はありますか？
ない ある→どのような病気・怪我ですか？ ()

6)現在、服用している薬がありますか？ (マイナ保険証による情報取得に同意されている場合は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載省略が可能です。)
ない ある→どのような薬ですか？ ()

7)最近1年間で特定健診または、高齢者健診を受診しましたか？ (マイナ保険証による情報取得に同意されている場合は、記載省略が可能です。)
ない ある→(受診時期: 年 月 日頃 指摘された項目:)

8)アレルギーはありますか？
ない ある→(食べ物 その他)

9)注射や飲み薬等で気分が悪くなったり、発疹がでたりしたことがありますか？
ない ある→どのような薬ですか？(症状:)

10)タバコは吸いますか？
吸わない 吸う(1日 本位を 年間) やめた(年前まで1日 本位を 年間)

11)女性の方にお聞きいたします。現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？
ない ある ※授乳中の方(産後 か月)

12)マイナ保険証による診療情報取得に同意します。 はい いいえ

医療法人悠由会 てい整形外科クリニック

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報取得加算の算定をさせていただきます。