

# 診療申込書

カルテ No.

年 月 日

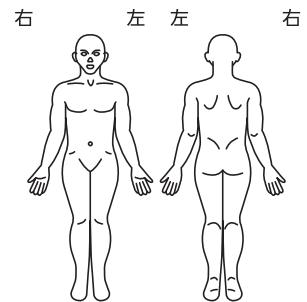
|      |     |       |     |                                                      |  |
|------|-----|-------|-----|------------------------------------------------------|--|
| フリガナ |     |       | 男   | 生 年 月 日                                              |  |
| 氏 名  |     |       | 女   | 大・昭・平・令<br>年 月 日生 歳                                  |  |
| 住 所  | 〒   |       |     | ※前回受診より変更ない方は<br>✓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



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。

職種( ) デスクワーク ・ その他( 立ち作業 or 座り作業 )

学生( 年生 ) 主婦 ・ 無職

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)女性の方にお聞きたいします。現在妊娠中、または妊娠の可能性ありますか？

☐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。