

診療申込書

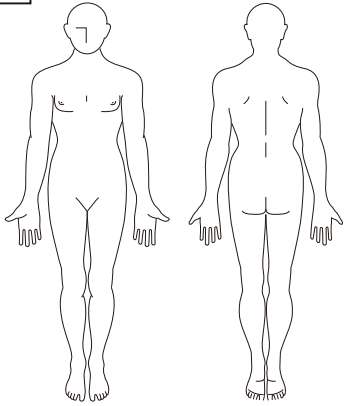
いまだ整形外科クリニック

カルテNo.

年 月 日

フリガナ				男 ・ 女	
氏名					
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生	() 歳
住所	〒 —				
電話	自宅	() —	携帯	— —	

★診察上大切なことです。わかる範囲で記入してください。

<p>1) 今日どのような症状で受診されましたか？</p> <p>2) その症状はいつ頃から始まりましたか？</p> <p>(お怪我の方) ➡ ●お工作中的の怪我ですか？ (はい・いいえ) ●交通事故での怪我ですか？ (はい・いいえ) (いつ 年 月 日)</p>	<p>※右図に×印をつけてください</p> 
<p>3) 今までにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→(高血圧・糖尿病・心臓病・ぜんそく・肝臓病・他())</p>	
<p>4) ご家族(血縁関係)が大きな病気にかかったり、手術を受けられた事がありますか？ <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→(どのような病気ですか… ())</p>	
<p>5) 注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？ <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→(どのような薬ですか… ())</p>	
<p>6) アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→(<input type="checkbox"/>薬 <input type="checkbox"/>食べ物 <input type="checkbox"/>その他())</p>	
<p>7) ケガなどをして血液が止まりにくい体質ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	
<p>8) 現在服用している薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は受付へ渡してください。 <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→(どのようなお薬ですか… ())</p>	
<p>9) タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う(1日 本位を 年間) <input type="checkbox"/>やめた(年前まで1日 本位を 年間)</p>	
<p>10) お酒は飲みますか？ <input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む(種類： 頻度：)</p>	
<p>11) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠はしていますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？ <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p>	
<p>12) 当院を何でお知りになりましたか？ ホームページ 看板 知人に聞いた 通りがかり 他()</p>	

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ンバーカードの保険証の利用に、ご協力をお願いいたします。