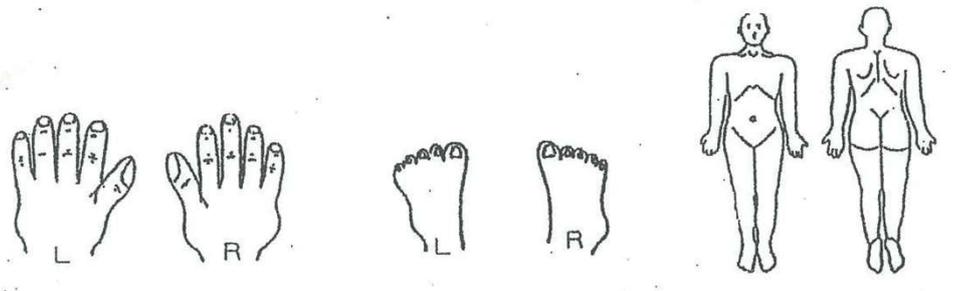


整形外科診療申込書

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名					
生年月日	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日			満 歳	
住所	〒 - -				
第一連絡先			第二連絡先		
身長	cm	体重	kg		
1. 今日、他の医療機関からの紹介状、画像等をお持ちでしょうか？				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. 本日はどこを診て欲しいですか？下の絵に○をつけてください。					
					
3. 上の絵に○をつけた部分の症状は？				痛み しびれ その他()	
4. いつからですか？				年 月 日頃	
5. 何をしてからですか？				()	
6. 今回の症状で、他の病院で治療をしていますか？				はい	いいえ
※はいと答えた方:いつですか？				年 月 日頃	
7. 仕事や通勤中の怪我ですか？				はい	いいえ
8. 交通事故ですか？				はい	いいえ
※はいと答えた方:受傷時、意識は失いましたか？				はい	いいえ
9. 喘息はありますか？				はい	いいえ
※はいと答えた方:痛み止めを飲んだことがありますか？				はい	いいえ
※飲んだ時、喘息発作がおきましたか？				はい	いいえ
10. 糖尿病はありますか？				はい	いいえ
11. 現在治療中の病気はありますか？				はい	いいえ
※内服している薬はありますか？				()	
12. 今までに大きな怪我や病気はありますか？				はい	いいえ
13. 手術を受けたことがありますか？				はい	いいえ
※はいと答えた方:いつ頃ですか？				年 月 日頃	
※体内に金属が入っていますか？				はい	いいえ
14. 薬のアレルギーはありますか？				はい	いいえ
15. 妊娠している可能性はありますか？				はい	いいえ
				(妊娠週数: 週 日)	
16. この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・受診時期【 年 月】 ・指摘された項目 血圧・脂質・糖尿・尿酸・肝機能・腎機能・尿検査・心電図・胸部レントゲン・その他 { }					

○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。 看護師確認

■ 上記症状により診療の申し込みを致します