

診察申込書 兼 個人情報取扱同意書

申し込み年月日： 年 月 日

ふりがな		男	生 年 月 日		整形外科
氏 名		女	明・大・昭・平	年 月 日	形成外科
現住所	(〒 -)		携帯電話	-	
			電話番号(自宅)	()	

次の項目を読み、該当する に✓ 印をつけてください。

本日、発熱やかぜ症状はありますか。 ない ある

身長(cm) 体重(kg) 職業()

学生 小学生 中学生 高校生 大学生 専門学校生 (年生)

同伴者のいらっしゃる方は続柄をご記入ください()

どのような症状ですか。(例)右肩が痛い 腰が痛くて仕事中座ってられない

痛みのある方のみ、該当する に✓ 印をつけてください。

じっとしている時も痛みがありますか。 ない ある

痛みで眠れないことがありますか。 ない ある

症状のでているところはどこですか。

右の図に をつけてください。

発症(受傷)日はいつですか。

(年 月 日)

()週間前 ()か月前 ()年前

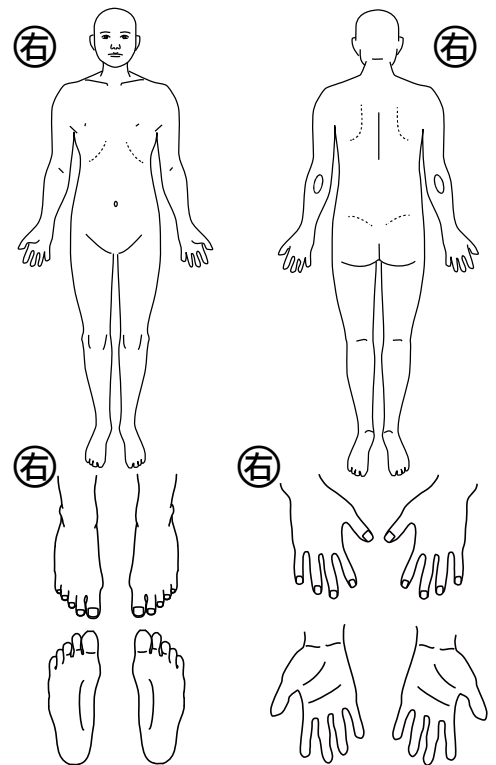
原因はありますか。

わからない スポーツ中

その他()

仕事中・通勤中のけが 学校内・通学中のけが

交通事故(事故日 年 月 日)



経過を簡単に教えてください。

上記のことで治療を受けたことはありますか。

ない ある(施設名)

本日の受診目的を教えてください。

裏面もご記入ください。

これまでに診断を受けたことがありますか。

心疾患 脳血管疾患 がん 気管支喘息 糖尿病
脂質異常症（高脂血症） その他（ ）

現在飲んでいるお薬はありますか。 ない ある

手術を受けたことがありますか。 ない 当院で受けた 他院で受けた

お薬によって体調が悪くなったことがありますか。

ない
ある 後ほど詳細をお伺いします。

アレルギーをおこしたことがありますか。（例：食品・金属・絆創膏・ラテックス・消毒薬）

ない ある

女性の方のみ、該当する に✓ 印をつけてください。

妊娠の可能性がありますか。 ない ある 授乳中ですか。 いいえ はい

本日、診療に関わるものをお持ちですか。

診療情報提供書（紹介状） レントゲンや MRI などの画像 のんでいるお薬やお薬手帳
その他（ ）

何かスポーツをしていますか。

スポーツ名（ ） 所属チームまたは学校名（ ）
ポジション / 種目（ ）
競技レベル（ 健康作り 趣味 クラブ プロ ）

要介護認定を受けていますか。 いいえ はい（例：要支援 2 ・要介護 1 など）

個人情報の利用目的について

ご提供いただく個人情報の管理について、個人情報の保護に関する法律に従い、はあとふるグループの利用目的の範囲内で適切な取扱いと保護に努めます。別紙の「個人情報の利用目的について」をお読みになり、 に✓ 印をつけてください。また、同意をいただいた後からでも、いつでも撤回・変更をすることができます。

同意します

同意しません