**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・女 | 生　年　月　日 | □ 整形外科□ 形成外科 |
| 氏　名 | 様 | 明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日 |
| 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いられない

|  |
| --- |
|  |

****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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※花粉症は除く）**

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

＊診療情報提供書をお持ちいただいた場合は、当院より紹介元医療機関へ診察結果等を提供します。

 **□** レントゲンやMRIなどの画像　**□** 持参薬やお薬手帳　□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、はぁ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 |

**マイナンバーカードによる利用について**

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。

**□**同意します　　　**□**同意しません