

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			<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科
氏名	様		明・大・昭・平	年	月	
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。

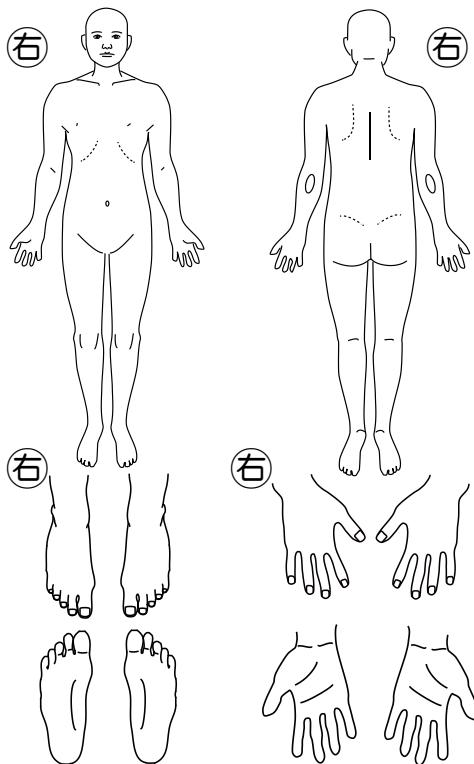
- 本日、発熱やかぜ症状はありますか。 ない ある
 - 身長 (cm) 体重 (kg) 職業 ()
 - 学生 小学生 中学生 高校生 大学生 専門学校生 (年生)
 - 同伴者のいらっしゃる方は続柄をご記入ください ()
 - どのような症状ですか。 (例) 右肩が痛い 腰が痛くて仕事中座っていられない
-

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。
-
-

- 上記のことでの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願いいたします。

- 同意します 同意しません