

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、該当する口に✓ 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

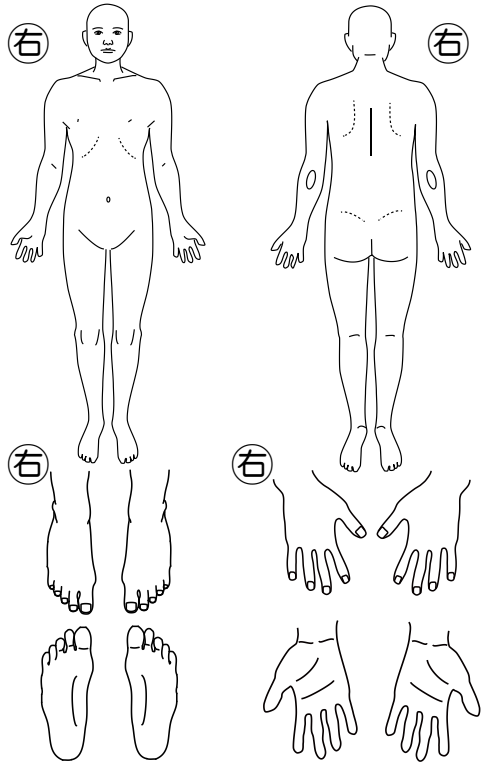
痛みのある方のみ、該当する口に✓ 印をつけてください。

- 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。

☐ 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（

●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

●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)

●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

☐ レントゲンや MRI などの画像 ☐ 持参薬やお薬手帳 ☐ その他（ ）

競技レベル (☐ 健康作り ☐ 趣味 ☐ クラブ ☐ プロ)

個人情報利用目的について

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

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