

SBC 整形外科クリニック新小岩院

診療申込書

ID

年 月 日

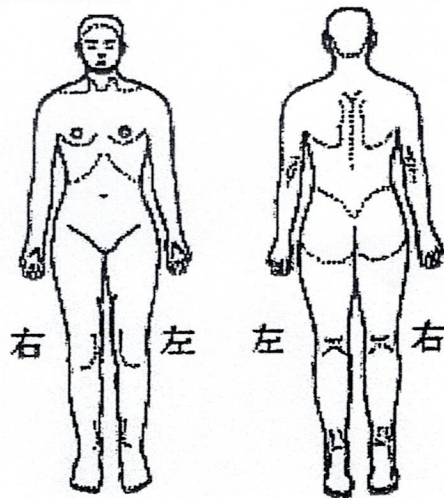
ふりがな		男	大・昭・平・令	年	月	日生	(才)
お名前		女	介護認定を受けていますか？ はい・いいえ				
			介護度：要支援 1、2 要介護 1、2、3、4、5				
住 所	〒	電話		-	-		
		緊急時連絡先		-	-		
		小学生までの方のみ体重		(		)	Kg

※下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

- 1) 当院をお知りになったきっかけは？ 紹介(家族・友人・知人) 新聞チラシ広告 インターネット 前を通過して
- 2) どこで怪我をされましたか？ 学校での怪我(スポーツ振興利用は3割負担)・その他・交通事故  
お仕事中/通勤中→(労災の書類が揃うまで10割負担・健康保険 使用後の労災切り替えは出来かねます。)
- 3) 今日の症状に○をつけてください。 : 痛み・しびれ・その他 ( )
- 4) いつからですか \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から
- 5) 症状が生じた原因についてご記入ください。(わかる範囲でお願いします)

※診察前、先にレントゲンにご案内する場合があります。レントゲンを希望しない場合はお申し付け下さい

6) 図に○をつけてください。



- 7) 前立腺肥大・緑内障の病気はありますか？ なし あり ( )
- 8) 上記以外で、今までにどんな病気をされましたか？  
心臓病 肝臓病 腎臓疾患 肺疾患 糖尿病 高血圧 リウマチ 喘息 高脂血症 その他 ( )
- 9) 現在、他の病気で通院していますか？ していない している ( )
- 10) 現在飲んでいる薬がありますか？ ない・ある  
★飲んでいる方にお聞きします。本日 お薬内容を確認できるものはお持ちですか？  
いいえ・はい → お薬手帳・マイナンバー(マイナ受付された方)・お薬アプリ  
[ お薬手帳お忘れの方は、内容を簡単にご記入下さい ]
- 11) ①薬や注射のアレルギーはありますか？ いいえ はい ( )  
②貼り薬や塗り薬でかぶれたことがありますか？ ない ある ( )
- 12) ペースメーカーを使用していますか？ いいえ はい
- 13) 女性の方にお尋ねします。現在妊娠中ですか？ いいえ はい ( )ヶ月 不明  
現在授乳中ですか？ いいえ はい
- 14) 必要があればリハビリテーション(運動療法)を希望しますか？ はい いいえ 診察次第