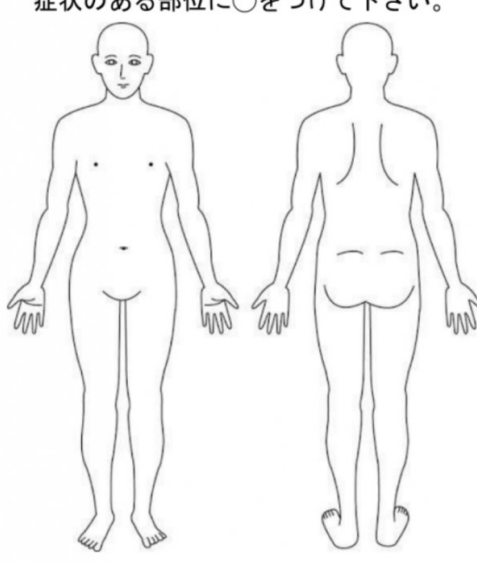


フリガナ				生年月日
氏名	(男・女)		大・昭・平・令	年 月 日 (才)
住所	〒 -			
電話番号		携帯電話番号		

<p>どのような症状ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>動きにくい <input type="checkbox"/>腫れている</p> <p><input type="checkbox"/>何かできている <input type="checkbox"/>つっぱる <input type="checkbox"/>傷がある</p> <p><input type="checkbox"/>捻挫 <input type="checkbox"/>ぶつけた</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p>症状はいつ頃からありますか？</p> <p>日前から / 月 日から</p>	
<p>症状が出たきっかけは何ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>転倒 <input type="checkbox"/>落ちた <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>ひねった</p> <p><input type="checkbox"/>切った <input type="checkbox"/>はさんだ <input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>工作中</p> <p><input type="checkbox"/>原因不明 <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>※交通事故の被害者の方は原則として社会保険、国民健康保険の取り扱いはできません</p> <p>※工作中・通勤途中の受傷は、社会保険で治療は受けられません。労災扱いとなります</p>	
<p>今回の症状で他の病院を受診されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( )</p>	
<p>過去に大きな病気で治療や手術を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (病名: )</p>	
<p>過去に骨折したことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (部位: )</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (病名: )</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (薬名: )</p>	<p>お薬手帳</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>
<p>お薬・食べ物のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ( )</p>	
<p>現在、お仕事はされていますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( <input type="checkbox"/>立ち仕事 <input type="checkbox"/>座り仕事 <input type="checkbox"/>その他 ( ) )</p>	
<p>※女性の方へ。現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( <input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中 )</p>	

<p>マイナ保険証を使用される方へ</p> <p>マイナ保険証による診療情報取得に同意して頂けますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
---

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致します。