診察申込書 兼 個人情報取扱同意書

				f	含和		年	月	В
ふりがな		男		生	年 月				体温
氏 名		様) 女	大・昭・平	•令	年	月	В	歳	င
現住所	₹			携帯電電話番	話号(自	宅)	- (-)
次の項目	を読み、該当する□に √ 印を	シつけて	ください。						
	き熱やかぜ症状はありますか。 、			_	•)
●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)									
●学生 ロ小学生 ロー学生 ローラグエ ロス学生 ローライン学校主 (中主) ●同居家族 ロおー人暮らし ロ配偶者とお二人暮らし ロその他()									
●どのような症状ですか。									
	ネマハフトーフルドーネナ か				右	(3 () () () () () () () () ()			(₋) (
●症状のでているところはどこですか。 右の図にOをつけてください。									
●発症(受傷)日はいつですか。									
□ ()週間前 口()ヵ月	前口	()年	前		\	,(_ _/
●原因はありますか。 □ わからない									
	口衣海車物(車物口 在 日 口)								
ロス	ロスポーツ中(種目;								1/2 SADA
口学	校内・通学中のけが \Box そ σ	D他()		Help)	1 /
- 47)5 - 1					(()		5	
●経過を	簡単に教えてください。				,	\bigcup	\bigcup	UV	no opposit
●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)									
直近受	診日 年 月	\Box	治療内容	()
	みまに思わった。ナナナナー			, ·	-	(155 L 1	L/»1=	a. I - \	
	診療に関わるものをお持ちで 療情報提供書(紹介状) □								い) やお薬手帳
山。沙	京旧拟延伏省(柏기狄) 口	レンドン		みこの	凹隊	山跃	<i>,</i> 0 C 0 1	るの栄	との栄士帳
●当院受	診理由 口以前受診した 口	近いから	る 口ご家族	医•知ノ	しから	ロホ	ームペ	ージ	口他院紹介

裏面もご記入下さい。

●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 □ 肝疾患 □ 腎疾患□ 糖尿病 □ 脂質異常症 □ 緑内障 □ 消化器疾患 □ その他()
●現在飲んでいるお薬はありますか。 □ ない □ ある 薬剤名 (血が止まりにくい薬を飲んでいますか。 □ はい (薬剤名) □いいえ
●手術を受けたことがありますか。 □ ない □ ある (時期 内容) ●以下のものがありますか。 □ペースメーカー □歯のインプラント □金属(部位) □刺青 □ステント □人工関節(部位) □人工弁
●アレルギーを起こしたことがありますか。(例:薬剤・食品・金属・絆創膏・ラテックス・消毒薬) □ ない □ ある (薬剤・食品名 症状)
●飲酒について □飲まない □飲む(週 日、月 回)(種類・量)●喫煙について □吸わない □吸う(本/日 × 年) 過去喫煙歴(年前まで 本/日)
●妊娠の可能性がありますか。 □ ない □ ある (ヵ月)●授乳中 □ いいえ □ はい
●要介護認定を受けていますか。 □ いいえ □申請中 ●通所リハビリ中 □はい □いいえ □ はい(要介護 □1 □2 □3 □4 □5) 要支援 □1 □2)
●直近 1 年間で健診(特定検診や高齢者健診など)を受診しましたか。 □ はい □ いいえ 受診時期; 年 月 指摘事項()
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致します。 □ 同意します □ 同意しません □ まだ持っていない
個人情報の利用目的について
ご提供頂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、当院の利用 目的の範囲内で適切な取扱いと保護に努めます。
また、ご同意を頂いた後からでも、いつでも撤回・変更をすることができます。
ロ 同意します ロ 同意しません

ご記入ありがとうございました