

受診申込書

※平成 年 月 日

フリガナ				※ ID
氏名				※ 国保・社保 労災・自費
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	才	男・女
アレルギー	なし・あり ()		血液型	AB・A・B・O
MRI検査(自己負担額約5,000円)を希望されますか?			はい・いいえ	
住所	〒		滋賀県・他 ()	
	守山市・他 ()			
電話番号	固定：		携帯：	

(注) ※は記入不要です。該当するところがあれば○で囲んでください。

(1) かい書で、丁寧に記入し、ふりがなを忘れないようにお願いします。



メ モ

はたスポーツ整形クリニック

問 診 票

平成 年 月 日

氏 名		年 齢	才	体 重	kg	職 業
-----	--	-----	---	-----	----	-----

※ 交通事故・労災で受信される方はお申し出ください。

正しく治療を行うために、間違いのないようにお答えください。

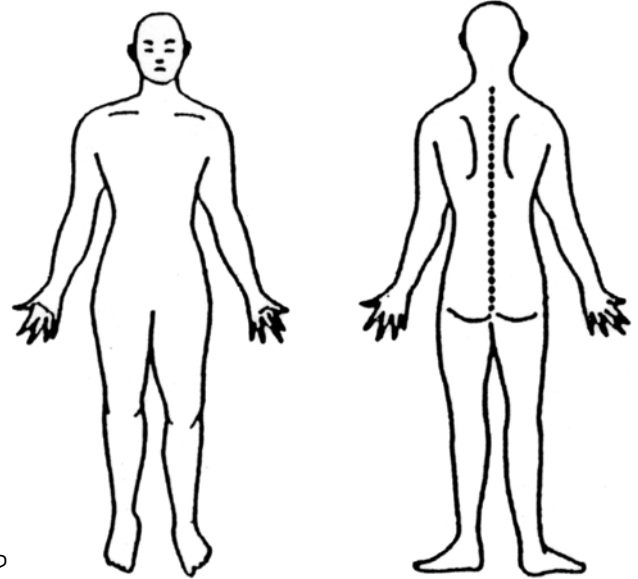
1. どこが悪いのですか？右図に示してください。

・ いつ頃からですか？

・ なにか原因はありますか？

・ スポーツが原因の場合は種目、団体名
および受傷状況を具体的にご記入ください。

右 左 左 右



2. このことで治療を受けられたことがありますか？

・ いつ

・ どこで

・ 治療内容は

3. 治療中も含め、今まで大きな病気や手術をしたことがありますか？

いいえ ・ はい ()

4. 抜歯、けが等で局所麻酔の際、気分が悪くなったことがありますか？

いいえ ・ はい ()

5. 注射や飲み薬でアレルギー、発疹、ショックなどの副作用がでたことがありますか？

いいえ ・ はい ()

6. 胃腸が特に弱いですか？

いいえ ・ はい ()

7. 女性の方へ。いま妊娠していますか？

いいえ ・ はい ()

8. 現在何かスポーツをなさっていますか？

いいえ ・ はい ()

※ご記入ありがとうございました。診療申込書とともに受付にご提出ください。