

# 受診申込書

※ 令和 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、フリガナを忘れないようにお願いします。



放射線検査を受ける前に.....

メモ

骨や関節を観察するため、X線を使って検査します。

撮影の指示を出していますので放射線検査を受けてください。

放射線の被ばくを伴いますが、管理の下、国内における標準体型の方への平均的な放射線の量よりも低く抑えて検査を行っています。

適切な間隔を保って、繰り返し検査を受けても体調に影響を及ぼすことはありません。

撮影時は脱衣や撮影体位などの案内がありますのでご協力ください。

## はたスポーツ整形クリニック

# 問 診 票

令和 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。

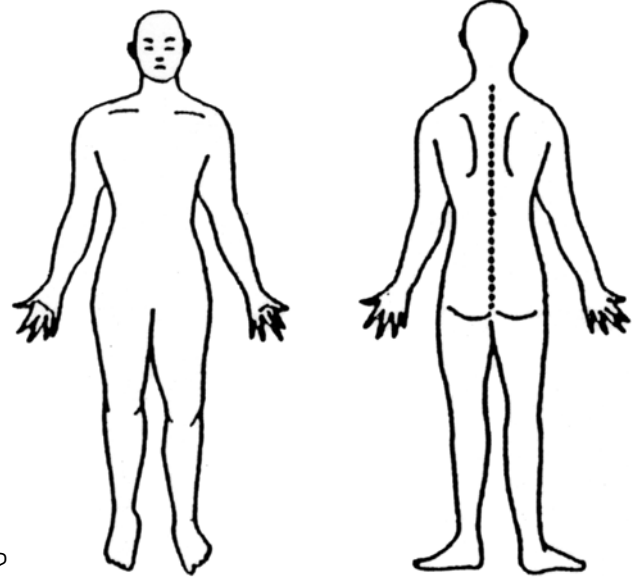
1. どこが悪いのですか？右図に示してください。

・ 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。