

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.....

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。

メモ

はたスポーツ整形クリニック

問 診 票

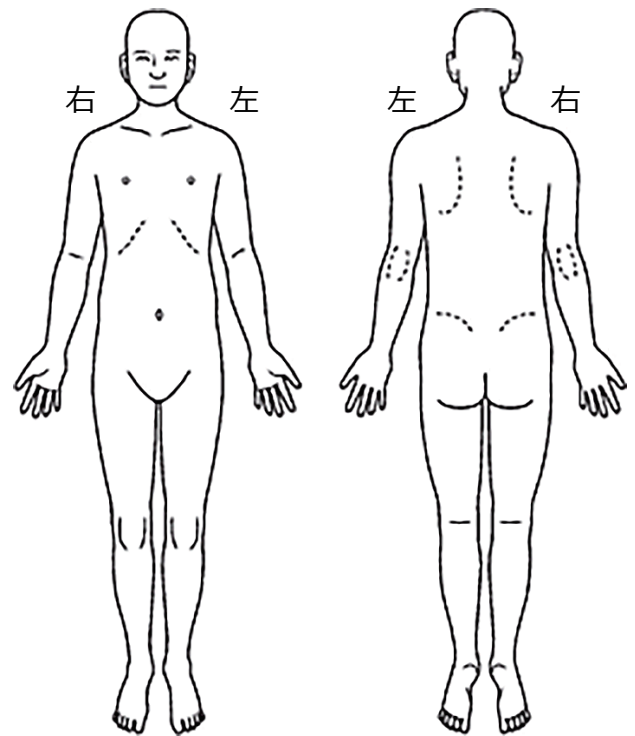
受診日 年 月 日

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いたします。

- * マイナ保険証による診療情報取得に同意していただきましたか？ いいえ はい
* この一年間で健診 (特定健診または高齢者健診) を受診しましたか？ いいえ はい

フリガナ 氏 名	男	生年月日	年	月	日	才
職 業		女	身長	cm	体重		kg

- ① 具合の悪いところを右図に示してください。
② いつからですか？
年 月 日 () ごろ



- ③ どういう症状がありますか？
④ なにか原因はありますか？
 特になし はい (⇒ 具体的に)
(~をしていてひねった、ぶつけたなど)

* 交通事故または労災ですか？ いいえ はい

- ⑤ この症状について他の医療機関で治療を受けましたか？ いいえ はい
(診断名：)

* 紹介状・レントゲン画像等をお持ちの方は受付にお出してください

- ⑥ MRI 検査を希望されていますか？
 いいえ はい 必要であれば
⑦ 現在、何かスポーツをなさっていますか？
 いいえ はい (種目：)
⑧ 現在治療を受けているほかの病気で処方されている薬がありますか？
 いいえ はい (該当する病名を選んでください)
 高血圧 心臓病 糖尿病 リウマチ 胃腸病
 その他 ()

- ⑨ 治療中も含め、今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？
 いいえ はい (病名・手術部位：)
⑩ 注射や薬で、ぜんそく・アレルギー・発疹・ショックなどの副作用が出たことがありますか？
 いいえ はい (薬剤名：)

⑪ (女性の方へ)

- ・ 現在、妊娠している可能性はありますか？ いいえ はい (週目)
・ 授乳中ですか？ いいえ はい