

はじめて診察をうけられる方へ

受付時間

※裏面もありますので、該当する項目にご記入をお願いします。

ふりがな

氏名

男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (才)

住所 〒

電話番号

携帯電話(緊急連絡先)

身長: cm

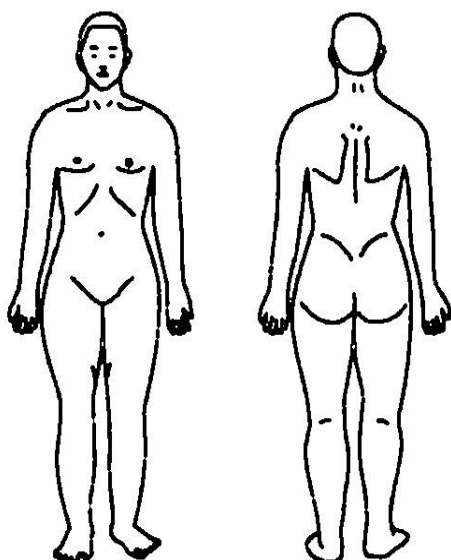
体重: kg

喫煙歴: あり

(1日 本 年間)

なし ・ 過去あり

どこが悪いのですか。○や印をつけてください。



① いつ頃から _____

又は、 月 日ケガしてから

② 部位 _____

③ 症状 _____

どんな動作でどこが痛むか

・立っているとき ・横になるとき ・強く走ったとき

・ジャンプするとき ・座るとき ・歩いているとき

・階段を降りるとき ・ジャンプから着地したとき ・しゃがむとき 軽く走ったとき

・階段を昇るとき ・その他のスポーツ動作 ()

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

はい いいえ

この1年間で特定健診および高齢者健診を受診されましたか？

いいえ はい (受診時期 指摘事項)

○今回の症状は交通事故や仕事中・通勤途中でのケガですか？

はい いいえ

今回の症状に関して書類(診断書や学校に提出する書類)の作成の予定がある方は詳しく受傷日・受傷機転を

記入してください。記入が無い場合の用紙記入依頼は、受付できない場合がございます。

医療法人 高島整形外科

○今回の症状に関して他の医療機関に受診されていますか？

いいえ はい（診断名 _____） →紹介状はありますか？

○現在定期的に診察を受けている疾患はありますか？ どちらの医療機関に受診されていますか？

ない ある（ _____ ）

○現在服用されているお薬はありますか？

ない ある（ _____ ）

○今までに医師よりアレルギー体質といわれたことがありますか。

ない ある（喘息・鼻炎・花粉症・食物 _____ ・その他 _____）

○注射をしていて気分が悪くなったり、薬を飲んで発疹がでたりしたことがありますか。

ない ある（薬名 _____）

○以前に大きな病気やケガ、手術を受けたことがありますか。（治療中を含む）

ない ある（手術名・何歳ごろ _____）

高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・感染症・緑内障・甲状腺疾患・婦人科疾患

○過去のケガや病気によって体内に金属は入っていますか？

いいえ はい（どこに _____ なにが _____） →MRI は可能か はい いいえ

○【女性の方】妊娠していますか。あるいは妊娠の疑いがありますか。 はい 可能性あり いいえ

○授乳されていますか？ はい いいえ

○何かスポーツをされていますか

はい↓ いいえ

① あなたあるいはあなたが属しているチーム名

② スポーツ種目 _____ 競技年数 _____ 年

③ 競技レベル

・学校体育 ・部活動 ・大学体育会 ・同好会 ・実業団 ・アスレティッククラブ

・健康スポーツ ・スポーツ少年団 ・地域スポーツ

④ 正選手・補欠

⑤ 無理をしても練習や試合に出たいですか

はい ・いいえ（理由 _____）

※当院のプライバシーポリシーについては院内掲示のとおりです。

※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

医療法人 高島整形外科