

診療申込書

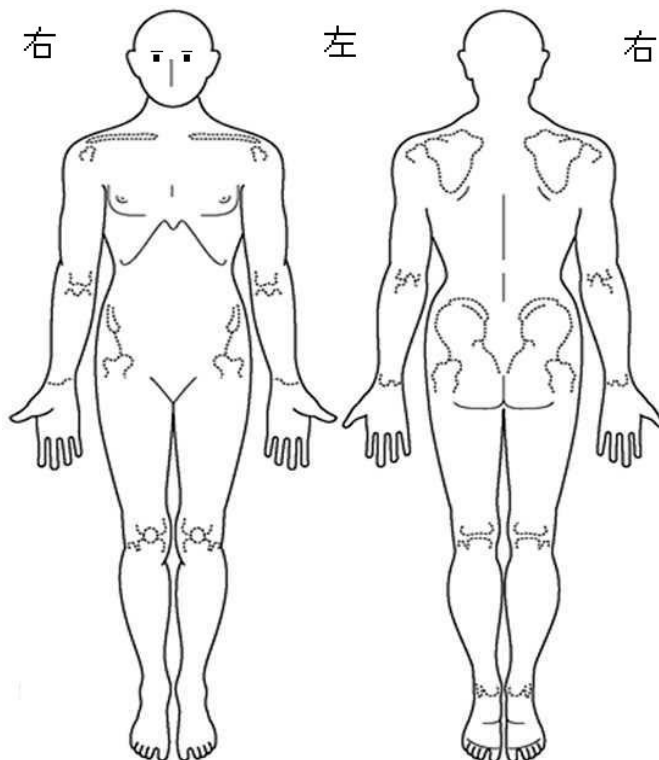
🏥おぎの整形外科・歯科

No. _____

| | | | |
|----------------------|--|-------------|----|
| ふりがな お名前： 様 | | 男 ・ 女 | 職業 |
| 生年月日：昭和・平成・令和 年 月 日生 | | 才 月 | |
| おところ：〒 | | 携帯 | |
| | | でんわ | |
| おつとめ先名： | | でんわ | |

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ
 ※マイナ保険証とは、マイナンバーカードの健康保険証利用のことです。
 ※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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

2. 具合の悪いところはどこですか？
 右図に○印をつけて下さい。



3. どのような症状ですか？
 (ア) 痛い
 (イ) しびれる
 (ウ) 腫れている
 (エ) その他()

4. いつからですか？
 (令和 年 月 日頃)

5. 原因と思われることはありますか？
 なし ()
 あり ()
 (交通事故・労災保険)
 該当する方はどちらかを○で囲んでください

6. 現在治療中、または今までにかかった事のある病気及び手術を○で囲んで下さい
 ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・ぜんそく ・胃かいよう ・心臓病
 ・腎臓病 ・肝臓病 ・リウマチ ・脳こうそく ・痛風 ・その他()

7. 服用している薬がありますか？
 なし あり (お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい または薬の名前をご記入下さい)
 ()

8. 薬の副作用・アレルギーはありますか？
 なし あり (薬の名前)

9. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ もしくは授乳中ですか？
 なし あり (ヶ月) 授乳中