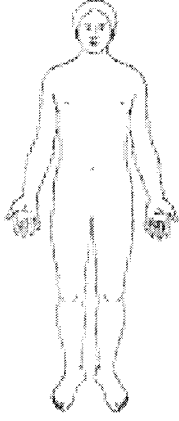



ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	大・昭・平・令		
おなまえ		<input type="checkbox"/> 女	年	月	日生 才
おところ 〒	—	電話番号	—	—	身長 cm
		携帯電話	—	—	
			職業		体重 kg

[以下の設問にお答えください]

- ・ 本日は交通事故によるけがでしょうか？ はい いいえ
- ・ 本日は仕事中、通勤途中によるけがでしょうか？ はい いいえ

① 具合の悪い所はどこですか？ いつごろから、どのような症状ですか？

<p>※図に○を付けて下さい</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>正面</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>背面</p>  </div> </div> <p style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 右 右 </p>	<p>◆いつごろからでしょうか？ ◆どうされましたか？</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>◆どのような症状でしょうか？</p> <p><input type="checkbox"/> けがをした <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> しびれがある</p> <p><input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> その他 ※下記に具体的にお書きください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
---	---

② 現在治療中の病気やけがはありますか？

<input type="checkbox"/> ある →	※病名や時期を教えてください
<input type="checkbox"/> ない	

③ 今までに大きな病気やけが、手術をしたことがありますか？

<input type="checkbox"/> ある →	病名	けが・手術
<input type="checkbox"/> ない		

④ 現在お薬を飲まれていますか？

<input type="checkbox"/> 飲んでいる →	※お薬名を教えてください（お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください）
<input type="checkbox"/> 飲んでいない	

⑤ 今までに「お薬」、「麻酔」、「食べ物」で副作用やアレルギーなどが出たことがありますか？

<input type="checkbox"/> ある →	※どのような内容若しくは食べ物の種類をご記入ください。
<input type="checkbox"/> ない	

⑥ 40歳以上の方にお尋ねいたします。介護保険証をお持ちでしょうか？

<input type="checkbox"/> ある →	※介護保険をお持ちの方は受付にご提示ください。
<input type="checkbox"/> ない	要支援（ 1・2 ）・要介護（ 1・2・3・4・5 ）・無

⑦ 体内にペースメーカー、金属類等が入っていますか？

<input type="checkbox"/> 入っていない <input type="checkbox"/> 入っている →	[] ※入っている物の名称をご記入ください
--	------------------------

⑧ 女性の方のみお伺いたします。

妊娠していない 妊娠している 妊娠している可能性がある 授乳中である

⑨ 本日、みかわ整形外科クリニックを選ばれた理由を教えてください。

身内の紹介・友人、知人の紹介・自宅（職場）に近いから・他医院からの紹介・以前からのかかりつけ
ホームページ・新聞・雑誌・インターネットなどの広告〔何をご覧になりましたか？ 〕
その他 []

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。
正確な情報を所得・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。