

YSJ王子整形外科 初診申込書

- 1.“**太枠内**”を記入し、「受付」にお出してください。
- 2.保険証をお忘れの方は全額自費になります。
なお、自費でご精算に関するお問い合わせについては、「受付」にお尋ねください。
- 3.「紹介状一式・お薬手帳」をお持ちの場合は一緒にお出してください。

患者ID:

令和 年 月 日

フリガナ			
氏名	男・女		
生年月日	昭・平・令	年	月 日(歳)
フリガナ			
現住所	〒		
電話番号	自宅:	携帯:	

介護認定の有無 (40歳以上の方)	有(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)無		
(有の方) 利用事業者名			
担当者	様	電話番号	

●当院における個人情報保護の指針について

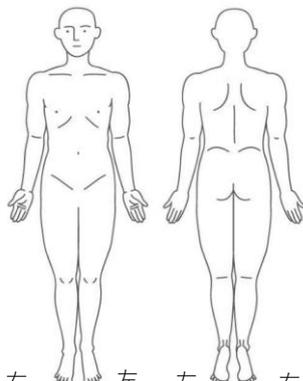
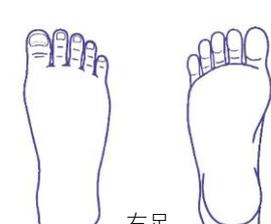
- 1.患者様との信頼関係の下、患者様ご自身の情報をご提供いただくことなしに良いサービスを実現することはできません。当院は医療サービスに必要な範囲において皆様の個人情報を収集し、患者様の同意のもと、利用・提供をおこなってまいります。
- 2.患者様からご提供いただきました個人情報は、紛失、破壊、改ざん及び漏洩が起らないよう適切な管理を徹底してまいります。
- 3.個人情報に関する法令及びその他のガイドラインを遵守してまいります。
- 4.個人情報保護の仕組みを継続的に改善できるよう、職員一同取り組んでまいります。

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
他医療機関からの 紹介状 はお持ちですか	はい・いいえ

整形外科 問診票

患者ID: _____

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		年齢	歳	身長	cm	体重	kg
		職業	デスクワーク ・ 外回り ・ 家事 なし ・ その他 ()				
1. どのような症状で来院されましたか 痛い ・ しびれる ・ 腫れている ・ その他 ()		マイナ薬剤情報一覧あり なし					
2. 症状のある部位に○を付けてください							
 <p style="text-align: center;">右 左 左 右</p>		 <p style="text-align: center;">左手</p>		 <p style="text-align: center;">右手</p>			
		 <p style="text-align: center;">左足</p>		 <p style="text-align: center;">右足</p>			
3. 症状はいつごろからありますか		年 月 日から					
4. その症状が出るのに思い当たる原因がありますか 交通事故 ・ 勤務中 ・ 通勤途中 ・ その他 ()							ない
5. 他院でその症状の治療を受けたことがありますか 例: △病院で手術した ◇クリニックで注射をした ある (治療内容)							ない
6. 今までに手術を受けたことがありますか ある (手術の内容と時期)							ない
7. 現在治療中の病気はありますか(歯科の治療を含む) ある (病名)							ない
8. 放射線治療を行った事がありますか ある (部位)							ない
9. 現在、服用している薬がありますか(お薬手帳を忘れた方はご記入ください) 血液をサラサラにする薬 ・ 喘息の薬 ・ 骨粗鬆症の薬 ・ 逆流性食道炎の薬 糖尿病の薬 ・ 精神科の薬 ・ 痛み止めの薬							ない
10. 薬や注射でアレルギーが起こったことがありますか ある (薬品名と症状)							ない
11.【女性の方へ】現在、妊娠している可能性はありますか ある () 週 授乳中							ない
12. 必要な場合: 当院関連施設でのMRIやCTでの精密検査はご希望されますか はい							いいえ
13. 医師のご希望はありますか <input type="checkbox"/> 奥村院長 <input type="checkbox"/> 新名医師 <input type="checkbox"/> 石黒医師 <input type="checkbox"/> どちらでもいい							
14. 当院をどのようにお知りになりましたか <input type="checkbox"/> 紹介 () 様から <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板・広告 <input type="checkbox"/> その他 ()							