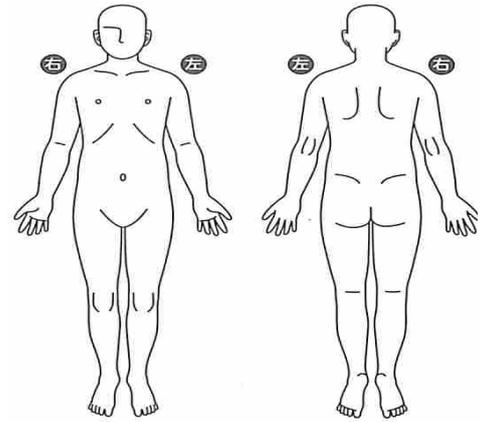


診療申込書

年 月 日

フリガナ		性別
氏名		男 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ()才	
現住所	(〒 —) ※忘れずにご記入ください	
電話 (ご本人)	携帯： 自宅：	
緊急連絡先	続柄 ()	



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。

(医療情報システム基盤整備体制充実加算 初診時4点 (マイナ保険証利用時2点)

マイナ保険証による診療情報提供に同意した方は右の口に✓印をお願いします 同意しました

【皆様】下記に関して必要事項の記入と該当する口に✓印をお願いします。

●本日診てもらいたいところはどこですか。右上図に○をつけてください。

●いつからですか。 ()

●どのような症状ですか。

痛い しびれる 腫れている 動きが悪くなった 熱を持っている

その他 ()

●現在、治療を受けている病気がありますか。※ある方は忘れずにご記入ください。

ない ある

高血圧 糖尿病 心臓疾患 ぜんそく

脳外科疾患 ペースメーカー 産婦人科

その他 ()

●過去にけが・病気・癌・悪性腫瘍などの治療をしたことがありますか。

ない ある ()

●お薬による副作用はありますか。

ない ある

【該当する方のみ】下記に関して必要事項の記入と該当する口に✓印をお願いします。

●スポーツをしている方 ()

●お仕事をされている方 ()

●女性の方 妊娠中 授乳中

●介護認定を受けている方 要支援 要介護

●交通事故で受診の方 (事故日 年 月 日)

●仕事(通勤)中のけがで受診の方 (受傷日 年 月 日)

●診療明細書(領収書の内訳) 必要 不要

ご協力ありがとうございました。個人情報保護法に基づき、知り得た個人情報は当院にてしっかり管理致します。

医療法人社団 リラ整形外科クリニック