

【診察申し込み書】 整形外科



| | | | |
|------|-----|-------|--------------|
| ふりがな | 性別 | 生年月日 | 紹介状 |
| 患者氏名 | 男・女 | 年 月 日 | あり・なし |
| 〒 | | 保護者名 | 続柄(長男・長女など) |
| 住所 | | | |
| 連絡先① | - | 続柄() | 手帳の有無 |
| 連絡先② | - | 続柄() | 身体障害者手帳・療育手帳 |

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おります。
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。

下記項目に同意される方は口に✓を記入してください
 マイナ保険証による診療情報取得に同意します

① 受診した理由や、相談したい内容を記入してください

股関節の検査に来られた方にお尋ねします。
 ご家族や親戚の方で股関節の治療をしていた方(治療中の方)はいますか？ はい()
 いいえ

② 今までに大きな病気にかかったことはありますか？
はい ()
 いいえ

③ 現在、通院している病院はありますか？
はい ()
 いいえ

③ 聴覚や視覚の異常を指摘されたことはありますか？
はい ()
 いいえ

④ 今までに薬や食品でアレルギー症状が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか？
はい ()
 いいえ

⑤ 発育歴について教えてください
 ⑥ 家族構成について教えてください
 下記の項目ができるようになった月齢をご記入ください

| | | |
|----------|---|----|
| 首がすわる | 歳 | ヶ月 |
| 寝返りをする | 歳 | ヶ月 |
| お座りをする | 歳 | ヶ月 |
| ハイハイをする | 歳 | ヶ月 |
| 掴まり立ちをする | 歳 | ヶ月 |
| 伝い歩きをする | 歳 | ヶ月 |
| 一人歩きをする | 歳 | ヶ月 |

父(歳)
 職業()

母(歳)
 職業()

兄・姉(年 月 日)
 兄・姉(年 月 日)
 本人(年 月 日)
 弟・妹(年 月 日)
 弟・妹(年 月 日)

⑥ 身長 ()cm 体重 ()kg

ご記入ありがとうございました。