



## 《基本情報》

➤身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

➤もし症状が改善するなら、どのような治療を希望されますか？

・薬 ・リハビリ ・装具、サポーター ・手術 ・医師と相談

➤現在、お仕事されていますか？ はい ・ いいえ

・デスクワーク ・立ち仕事 ・重い物を持つ ・その他 ( )

➤現在、スポーツをされている方は該当のある項目のみ以下ご記入ください。

・スポーツ ( ) 種目/ポジション ( )

・所属チーム/学校名 ( ) 指導者 ( ) 先生

➤労災または自賠責を使用されますか？ (交通事故や仕事でのケガの場合のみ)

・労災 ・自賠責 (交通事故) ・健康保険使用

➤スポーツ振興は使用されますか？ (学校でのケガの場合のみ) はい ・ いいえ

➤女性の方へ

現在、妊娠中またはその可能性がありますか？ はい ・ いいえ

→はい と答えた方で妊娠中の方 ( ) ヶ月

→現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

➤65歳以上の方へ

介護保険の認定を受けていますか？ はい ・ いいえ

要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )

➤この1年間で健診を受診しましたか？

受診時期 ( ) 指摘内容 ( )

➤マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか？ はい ・ いいえ

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をお願い致します。

➤当院を何で知りましたか？ 当てはまるものに○をつけてください。

・以前院長に診てもらったことがある ( ) 病院

・他院からの紹介 ( ) 病院 ・家族、知人からの紹介 ( ) 様

・ホームページを見た ・近所のため ・その他 ( )

以上の回答に間違いがなければ、ご署名をお願い致します。 ご署名 \_\_\_\_\_

ご記入いただきました問診票の個人情報につきましては、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。

しばはら整形外科スポーツ関節クリニック 柴原 基