

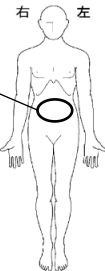
八田整形外科クリニック 問診票(労災)

ID: 記入日: 年 月 日

フリガナ			男・女	生年月日(昭和・平成・令和) ※ ○をおつけください	
氏名				年 月 日(歳)	
住所	〒 -				
電話番号	自宅: - -		身長: cm	体重: kg	
	携帯: - -		職業・学年:		
	緊急連絡先: - -		介護認定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	
マイナ保険証による診療情報取得			あり・なし		
当院をどちらでお知りになりましたか?			ホームページ・マップ・近所・通りがかり・ご紹介・転院		

① 症状のある部位を○で囲み、症状について書き込んでください。

(例)
1/1~
痛み
しびれ






② 怪我の受傷状況についてご記入ください。 例) 発生日時・事故状況 など

受傷日時:	年	月	日	時頃
受傷状況:				

③ 今回の症状で他の病院を受診されましたか? 例) ○○病院の○○科・紹介状と画像CD-R持参 など

ある	・	ない	※病院・クリニック名()
----	---	----	---------------

④ 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか? 例) 病名・病院名・手術名 など

ある	・	ない	※病名() ※出来ればご記入ください
----	---	----	---------------------

⑤ 現在、治療中の病気はありますか? ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

高血圧・糖尿病・胃・十二指腸潰瘍・喘息・痛風・脳卒中・がん() 心臓病・腎臓病・肝臓病・精神疾患・血液感染症(エイズ・B型肝炎・C型肝炎・梅毒)
その他の病気:
内服中のお薬: ※薬の名前がわかればご記入ください

⑥ 薬・食べ物・注射などで具合が悪くなったことはありますか? 例) ○○アレルギーがある など

ある	・	ない	※原因()
----	---	----	--------

⑦ 体内に金属は入っていますか?

ある	・	ない	※ある場合(ペースメーカー・人工内耳・人工肛門・義眼・整形外科手術による金属・その他)
----	---	----	---

⑧ 女性の方のみご記入ください

妊娠していない・妊娠の可能性あり・妊娠中(ヵ月)・授乳中・閉経(歳)

⑨ 診療や治療を受ける上でご希望はございますか? 例) 注射はイヤ、診断書が必要など

ある	・	ない	※ある場合具体的に()
----	---	----	--------------

上記個人情報、医療機関提供範囲内でご利用させていただきます。

八田整形外科クリニック 同意書

※ご理解頂けましたらチェックとご署名をお願いします

- ☐ 患者様より過度な謝罪要求や大声での罵声、威圧などと感じられる場合及び治療診療に関する過度な要求をされる場合は、誠に申し訳ありませんが当日および今後一切の診療をお断りさせて頂くことに同意します
- ☐ 労災認定がされなかった場合は、保険診療での受診に切り替わることに同意します。その際には、保険診療の手続きを再度行うことに同意します
- ☐ 労災書類を2カ月以上持参していただけない場合は、労災での診療を打ち切り保険診療に移行することに同意します
なお、それ以降は保険診療での扱いしか出来ない事にも同意します

署名:

--