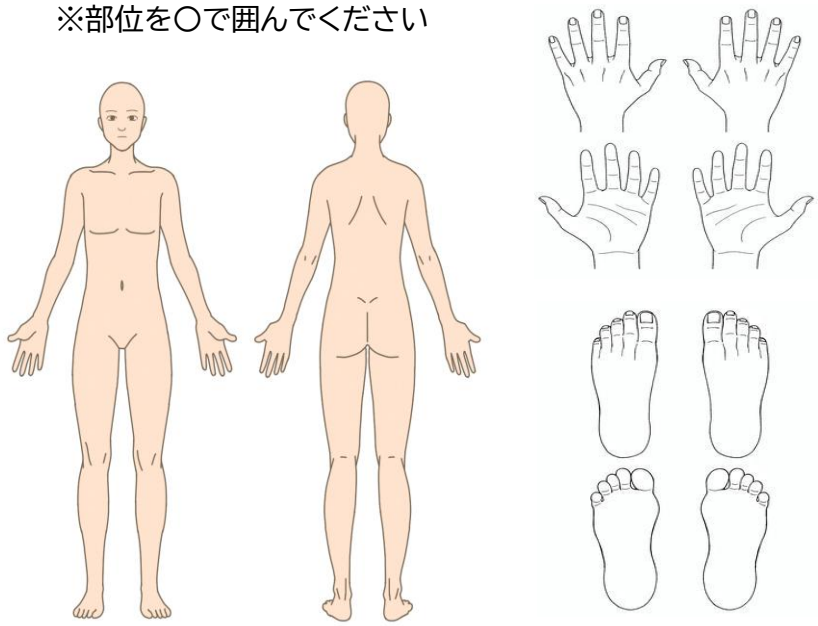
受付日　　年　　月　　日(※ID　　)※クリニック記入

※	マイナカード	保険証	初来・新部位

診 療 申 込 書

フリガナ お名前		性別 男 ・ 女	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　　月　　日(　　歳)
住 所	〒　　-			
携帯番号	-　　-　　本人以外の続柄(　　)		身長　　cm	体重　　kg
職業/学年	業種(　　)　作業量(重・中等・軽) 学生(学校名:　　学校　　年)		スポーツ歴	種類・年数など(利き手 右 ・ 左)

どうなさいましたか ☐ 痛み　☐ はれ　☐ しびれ ☐ 変形　☐ しこり　☐ 違和感 ☐ 歩行困難　☐ 骨粗しょう症が気になる ☐ その他(　　) それはいつからですか ☐ 本日　☐ 昨日　☐ わからない ☐　　年　　月　　日頃から 考えられるきっかけは何ですか ☐ 仕事中・通勤中のけが　☐事故 ☐ スポーツ　☐ 原因不明 ☐ その他(　　)	※部位を〇で囲んでください 
どんな時に症状が出ますか	
通院している病院はありますか	☐通院していない　☐ 以前通院した　☐ 今も通院している 病院名:
これまでに入院や手術を必要とする病気をしたことがありますか	☐ ない　☐ ある　　年　　月頃 又は　　歳頃 内容:　　病院名:
普段飲まれている薬はありますか	☐ なし　☐ ある(　　) ☐ お薬手帳をもっている　☐ お薬手帳を忘れた ※マイナ保険証による情報取得に同意された方は記入不要です。
今までに薬品や食品でアレルギーが出たことはありますか	☐ なし　☐ ある(　　)
当院に来られたきっかけは何ですか	(　　)例)近所。 ネットで検索 など
介護保被保険者証をお持ちの方へ	☐ 現在介護保険を利用している　☐介護保険は利用していない
女性の方へ:現在,妊娠・授乳をしてますか	☐ いいえ　☐ 妊娠中(　　週目)　☐ 授乳中　☐ わからない
この1年間で市の特定健診・高齢者健診を受診しましたか？　☐ 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にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証で受付をされた方へ　☐　私はマイナ保険証による診療情報取得に同意します

fクリニック さっぽろ