

診療申込書

●以下の欄すべてに、ご記入願います。該当する□には《☑》を記入願います。

| | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | | | 年齢 |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 大正 年 | <input type="checkbox"/> 昭和 月 | <input type="checkbox"/> 平成 日 | <input type="checkbox"/> 令和 歳 |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| 連絡先 | ご本人 | ☎ | | | | (携帯電話) |
| | 勤務先 | ☎ | | | | (名称) |
| | 緊急時 | ☎ | | | | (氏名) (続柄) |
| 職業 | <input type="checkbox"/> 1. 事務 <input type="checkbox"/> 2. 営業 <input type="checkbox"/> 3. 小売業 <input type="checkbox"/> 4. 接客業 <input type="checkbox"/> 5. エンジニア <input type="checkbox"/> 6. 製造業 <input type="checkbox"/> 7. 飲食店(調理師) <input type="checkbox"/> 8. 医療従事者・介護 <input type="checkbox"/> 9. 運転手 <input type="checkbox"/> 10. 警察官・消防士・自衛官 <input type="checkbox"/> 11. 教職員 <input type="checkbox"/> 12. 建設業・土木業 <input type="checkbox"/> 13. 学生 <input type="checkbox"/> 14. 無職 <input type="checkbox"/> 15. その他() | | | | | |
| 紹介状 | <input type="checkbox"/> なし | | <input type="checkbox"/> あり | 医療機関名() | | |
| 介護保険 | <input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定あり (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) | | | | | |
| 身体障害者等級 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7) 級 | | | | | |
| 何が原因ですか | <input type="checkbox"/> 自然に <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 仕事【通勤途中・作業時】 <input type="checkbox"/> 交通事故【通勤途中・通勤以外】 <input type="checkbox"/> 仕事ではない <input type="checkbox"/> 授業中、部活動中等 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 骨粗鬆症(保険適応)の検査がしたい | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 必要あれば保険外(自費)での運動やトレーニングなどを受けたい | | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 受診の理由を教えてください | <input type="checkbox"/> 1. 近所・通りがかり <input type="checkbox"/> 2. 通院歴がある <input type="checkbox"/> 3. 評判・クチコミ <input type="checkbox"/> 4. 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 5. 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 6. 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 7. 学校(保健室) <input type="checkbox"/> 8. 部活動の指導者 <input type="checkbox"/> 9. 所属チームの指導者 <input type="checkbox"/> 10. ホームページ <input type="checkbox"/> 11. 看板 <input type="checkbox"/> 12. LINE | | | | | |

【個人情報の取り扱いについて】

当院での患者さまデータ(診断および治療に関わるもの。血液検査、画像検査含む。)の利用は、院内での解析または連絡を主な目的とします。なお、学会報告および研究報告にて、患者さまのデータを使用させていただく場合があります。その際は匿名化を徹底し、個人が特定されないよう十分配慮をいたします。

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) 加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

にしはら整形外科スポーツクリニック