

フリガナ _____

お名前 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 歳 (学年) _____ 職業 _____

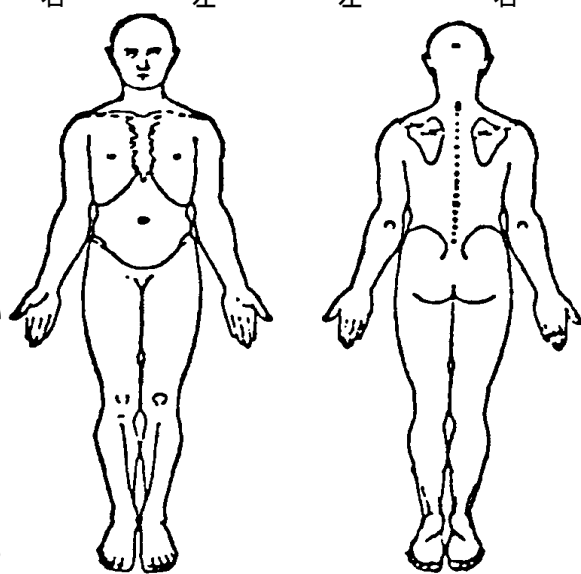
お住まい _____ 札幌市内 ・ 札幌市外 (_____ 都道府県 _____ 市町村)
※下宿・学生寮等にお住まいの方は現在のお住まいの地域に丸印をつけてください。


学校名 _____ 所属クラブチーム名 _____ 監督・コーチ名 _____

現在のスポーツ種目 _____ (スポーツ歴 年 ヶ月) _____ ポジション _____

- ①当院にはじめて来院 ()
- ②以前に来院したことがあるが新しい部位の受診希望 ()
- 以前と同じ部位の再受診 ()

右 左 左 右



 今回のケガまたは症状について詳しく記載をお願いします

いつ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

どこで _____

どのように(※労災・交通事故による怪我の場合は受付にお申し出ください)

※今回のケガまたは症状について他院を受診したことがありますか?

ない ・ ある

↳ 紹介状はありますか? 【 ある ・ ない 】

(病院名・受診日・診断名・検査・治療内容を記入してください)

※症状のある部分に○をつけてください

(差し支えなければ病院を変える理由も教えて下さい)

※治療、検査を受けるにあたって要望や困っていることはありますか?

(例: 「〇〇医師の診察を希望」「MRI検査を希望」「骨密度を調べてほしい」「筋膜リリースを希望」など)

※過去もしくは現在治療中のけがまたは病気はありますか?

(完治 ・ 治療中 ・ 中止 ・ 不明)

いいえ ・ はい ⇒ けがの名前 【 _____ 】

いいえ ・ はい ⇒ 高血圧、心臓系、糖尿病、喘息、てんかん、その他 【 _____ 】

※現在、何かお薬を飲んでいますか? 【 いいえ ・ はい 】 ※お薬手帳が有る場合はお出してください。

はいの方 薬名称 【 _____ 】

※今までにお薬・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか?

【 いいえ ・ はい 】 はいの方 薬名称・食べ物 【 _____ 】

※レントゲン撮影をしても問題ないですか? (妊娠など) (ない ・ ある ⇒ _____)

※現在の身長と体重を記入してください。

・身長 _____ cm

・体重 _____ kg

※当院をどのようにして知りましたか?

●医師の紹介→病院名(_____)
 医師名(_____)

●学校の先生の紹介→先生の名前(_____)

●その他 (_____)

※マイナ保険証による情報取得に同意しましたか? → 【 はい ・ いいえ 】

※患者様の情報は個人情報保護法で守られています。但し未成年の場合、ご家族・学校の先生には必要時お答えしています。

[職員記入] 記入日 (_____) 発生日 (_____) 社 ・ 国 ・ 生保 ・ 自賠 ・ 労災 ・ 自費