

スポーツ外来専用問診票

担当 橘病院整形外科 副院長 小島岳史

氏名

年齢 歳 小学校 年 中学校 年 高校 年 大学 年

学校もしくはチーム名

スポーツ種目

スポーツ歴 年

1週間あたり何日、1日あたり何時間競技しますか 週に 日、1日 時間

Q1 今日はどうしましたか？

いつごろから ところが

どのような症状ですか？

Q2 何か思い当たる原因はありますか？

したから？

Q3 その症状で他の病院や整骨院、接骨院、鍼灸等にかかりましたか？

いつごろ どこに？

治療はなにかしましたか？

Q4 いままでに大きなけがをしたことがありますか？

あり なし

歳のときに

Q5 いつまでに治したいですか？それはなぜですか？

得られた検査結果はプライバシーに十分留意し、個人が特定されないように配慮します。顔写真等はいっさい使用しません。学会発表等でデータを使用することがあります。

署名 令和 年 月 日

診療申込書(外来)		申込年月日 年 月 日	
現在、入院中ですか？		(はい ・ いいえ)	
本日は、他医療機関からの紹介状をお持ちですか？		(はい ・ いいえ)	
介護認定を受けていますか？		(はい ・ いいえ) 利用施設名：	
これまでに当院を受診したことがありますか？		(はい ・ いいえ) (いつ頃お見えになりましたか？ 年頃)	
フリガナ		性別	生年月日 (大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和)
氏名		男 ・ 女 (L・G・B・T・Q)	年 月 日生 (歳)
現住所	〒 市 町 番地 (郵便番号がお分かりになれば、必ずご記入下さい。) (番地、アパート名、号室までご記入下さい)		勤務先名 ※学生の方は学校名をご記入ください。
電話番号	ご自宅 () 携帯番号 ()		勤務先番号
おケガの場合に お尋ねします	仕事中的お怪我ですか？ (はい ・ いいえ) 通勤中的お怪我ですか？ (はい ・ いいえ) 交通事故ですか？ (はい ・ いいえ)		

- ・当院では、外来診察時、治療時、会計時等に患者さまのお名前をお呼びしております。
- ・当院では受付順に診察を行っておりますので、受付簿にお名前と診療内容を記入して頂いております。
- ・当院では、次の内容についてお答えします。(病状等の重大なことはお伝えできません)

- 1、ご親族、ご友人、お知り合いの方より患者様がお見えになっているかの問い合わせ
- 2、勤務先または学校から患者様ご自身の病状(通院されているかの確認、通院期間等)
- 3、保険会社へ診断書ではなく、ご本人の申告で保険給付の申請をされて再度、保険会社よりその内容(病名、通院日、治療内容等)についての確認
- 4、交通事故で、警察署より患者様ご自身の病状(病名、今後の通院に必要な療養期間等も含む)
- 5、交通事故で、自賠責を使うのに損保会社より当院に通院しているか、初診日、病名、通院日等の問い合わせ

※不都合のある患者様は、受付までお申し出ください。