

菅平高原クリニック問診票

(ID

)

年

月

日

※記載していただくにあたり、治療に必要な個人情報の提供に同意いただいた事とさせていただきます。
なお記載された個人情報は当院の個人情報保護規定に基づき利用目的以外には利用いたしません。

マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？

☐

はい

☐

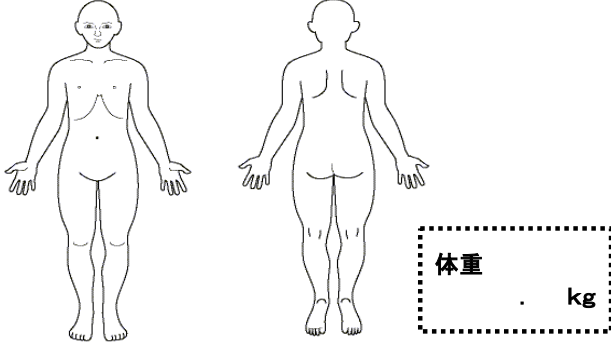
いいえ

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おります。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願い致します。

本日持参しているのは→ ☐ マイナンバーカード☐ 資格確認書☐ その他(

)

フリガナ			生年月日	大正・昭和・平成・令和	
氏名	男・女		生年月日	年 月 日(歳)	
自宅住所	(〒 —) 都・道 市・区 府・県 町・村				
電話番号	連絡先①: (続柄:) 連絡先②: (続柄:)				
競技など	ラグビー・サッカー・陸上・テニス・スキー・スノーボード・観光・その他()				
所属	(チームまたは学校名)		同伴者	氏名: (関係) 連絡先: () 保護者への連絡 有 ・ 無	
菅平滞在期間	月 日 ~ 月 日		宿泊先		
どこが	具体的な部位() ※下の図に印をつけてください。		いつ頃から	今日・昨日・()日前・それ以前	
			どうしましたか	痛い・動かない・腫れた・変形した・切れた 発熱・頭痛・喉の痛み・下痢・嘔吐 その他()	
			原因について		
持病	なし・あり()		アレルギー	なし・あり()	
服用中の薬	なし・あり()		お薬手帳	あり・なし	

医師・スタッフ記入欄

注射 ・点滴 ・静注 固定(初回) ・頸椎
・皮下 ・筋肉 ・肋骨(胸部)
・関節 ・腰部
穿刺 ・関節 ・ganglion 固定術 ・鎖骨(クラビクルブレース)
湿布処置 ギブスシーネ ・肘/手関節/手指
創処置 ・膝/足関節/足趾
創処置(ステリ) ・その他()
創処置(アルフェンス・パティーター®)
創処置(ナート・ステープラ) 自費 ・三角巾
・バストバンド
・ウェルタイ(弾性包帯)
・アンクルクロス

超音波
心電図松葉杖貸出
ニーブレス貸出
ハイブリッドシーネ(膝用:ギブス包帯扱い)
簡易検査(インフル コロナ)
紹介状 / CD-R (CD-Rのみ)

処方

なし・院内・院外

X
P

なし・あり(済)

CD-R

あり(済)

抗原検査希望

なし・あり(コロナ・インフル)

病状説明を受けた方

担当
Dr.

Ns印

(時 分) BP: / mmHg	P: 回/分	SpO2: %	体温	℃
--------------------	--------	---------	----	---

黒枠内を記入して下さい