

フリガナ		〒	
お名前			
男・女		自宅番号	
生年月日	明大昭平令 年 月 日	携帯番号	(続柄)

*マイナ保険証による情報取得に同意しますか? はい ・ いいえ (マイナ保険証 あり・なし)

当院では診療情報を取得・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。
 正確な薬剤処方履歴や定期検診の情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

*介護保険の認定を受けていますか? 無 ・ 有 (要支援 1・2 要介護1・2・3・4・5)
 (現在申請中 月 日頃認定予定)

お薬手帳 無 ・ 有 紹介状 無 ・ 有 画像 無 ・ 有 受付へお出しください

*食べ物やお薬などアレルギーはありますか? 無 ・ 有 ()

(女性の方にお尋ねします) 現在、妊娠中や授乳中、または妊娠の可能性はありますか?

無 ・ 有 (妊娠 週 ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性)

*過去に手術を受けたことがありますか? 無 ・ 有

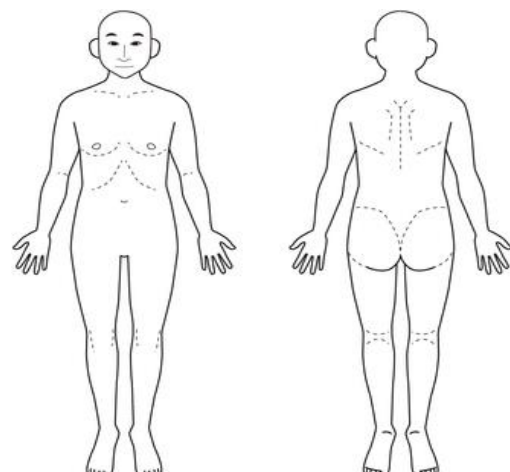
何の手術をしましたか? ()

*ペースメーカー、金属類、人工関節などが体内にありますか? 無 ・ 有 (部位)
 ストーマ、装具、人工内耳など装着していますか? 無 ・ 有 (部位)
 透析をしていますか? 無 ・ 有 (シャント 右 ・ 左)

*現在、治療中や経過観察中の病気やケガなどありますか? 無 ・ 有
 糖尿病 高血圧 喘息 胃潰瘍 緑内障 白内障 がん ()
 心臓病() 腎臓病() 肝臓病()
 その他()
 治療している病院名()

*現在、飲んでいるお薬はありますか? 無 ・ 有()

*スポーツや習い事はしていますか? 無 ・ 有(スポーツ: 習い事:)

今日はどうされましたか?	<p>痛い所に○をつけてください</p>  <p>前 後</p>
いつ頃から	
どこが、どのようにありますか?	
原因として思いあたる事はありますか?	

* 労災や交通事故で通院される方、整骨院で治療されている方は受付へお申し出ください。

同意書兼確認書

交通事故で受診される場合は、以下のように取り扱いさせていただきますので、ご理解の程お願い申し上げます。

◆初診時の対応について

損害保険会社などから支払いについての連絡がない場合には、ご自身で損害保険会社にご連絡ください。

連絡がなく、請求先が不明の場合は、実費でご精算いただきます。

ご精算後に支払い方法について連絡があり次第、領収書と引き換えにご精算いたします。

交通事故診療の治療費は、1点単価20円とします。

◆整骨院との併診お断りについて

当院では、交通事故診療において、同時に整骨院や接骨院などへ行くことは認めていません。

もし、整骨院や接骨院への通院が判明した場合には、当院での治療や、自賠責用診断書や後遺障害診断書の作成をお断りさせていただきます。

整骨院や接骨院へ通院される方は、他医療機関での治療をおすすめします。

◆個人情報保護法に基づく同意書

今回の交通事故により、三宮整形外科医院で治療を受ける際、その治療費について損害保険会社より一括請求の求めがあった時、その書類に必要な私の病状に関する診断書及び診療報酬明細書を三宮整形外科医院から損害保険会社に直接提出することに同意します。

また、その病状や治療内容について損害保険会社や警察より問い合わせがあった時、その回答書に私の病状や治療内容を記入し三宮整形外科医院から損害保険会社や警察に直接提出、もしくは口頭で回答することに同意します。

今回の交通事故により、私が受けた傷病に対する治療費について、損害保険会社が支払わない場合は、私がその都度支払うことを誓約します。

以上のことを了承の上、ここに署名いたします。

令和 年 月 日

氏名： _____ 印

住所： _____

電話： _____

連帯保証人：(未成年の方は書いてください。)

氏名： _____ 印

住所： _____

電話： _____