【診察申し込み書】
整形外科

金沢こども医療福祉センター

ふりがな	性別	生年月日	紹介状
患者氏名	男・女	年　月　日	あり・なし
〒 住所		保護者名	続柄（長男・長女など）
連絡先①　－　－　続柄（　）		手帳の有無	
連絡先②　－　－　続柄（　）		身体障害者手帳・療育手帳	

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

下記項目に同意される方は□に✔を記入してください
□　マイナ保険証による診療情報取得に同意します

① 受診した理由や、相談したい内容を記入してください

（　　）

股関節の検査に来られた方にお尋ねします。
家族や親戚の方で股関節の治療をしていた方（治療中の方）はいますか？　□いいえ □はい（　　）

② うまれた時のことについて教えてください

・妊娠期間　：　妊娠　　週　　日　　・出産時の児の体重　：　　g
・分娩経過　：　頭位・骨盤位　・　その他（　　）　　・出産の場所／名称　：
・分娩方法　：　経腟・帝王切開・その他（　　）

③ 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

□いいえ　□はい（　　）

④ 現在、通院している病院はありますか？

□いいえ　□はい（　　）

⑤ 聴覚や視覚の異常を指摘されたことはありますか？

□いいえ　□はい（　　）

⑥ 発育歴について教えてください
下記の項目ができるようになった月齢をご記入ください

首がすわる	歳　ヶ月
寝返りをする	歳　ヶ月
お座りをする	歳　ヶ月
ハイハイをする	歳　ヶ月
掴まり立ちをする	歳　ヶ月
伝い歩きをする	歳　ヶ月
一人歩きをする	歳　ヶ月

⑦ 家族構成について教えてください

父（　　歳）
職業（　　）
母（　　歳）
職業（　　）

兄・姉（　年　月　日）
兄・姉（　年　月　日）
本人（　年　月　日）
弟・妹（　年　月　日）
弟・妹（　年　月　日）

⑧ 身長　（　　）cm　　体重　（　　）kg

ご記入ありがとうございました。