

# メディカルチェック問診票

1 / 1

フリガナ

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご連絡先： \_\_\_\_\_

申込み者： 本人 ・ ( \_\_\_\_\_ )

問診

質問項目	
1. メディカルチェック診断書の提出期限	_____ 月 _____ 日まで
2. 参加される競技・大会について	競技名：
	大会の開催地： 開催地までの移動方法：
3. お身体の状況	視覚障害 ( 全盲・半盲 ) ( 右・左 ) 聴覚障害 ( 全聾・難聴 ) ( 右・左 ) 補聴器 ( 有・無 ) 音声/言語障害 ・ 平衡機能障害 肢体不自由 ( 部位： _____ ) 内部障害 ( 部位： _____ )
4. 身体障害者手帳	_____ 種 _____ 級 上肢 _____ 級 / 下肢 _____ 級 / 体幹 _____ 級 / その他 _____ 級
5. 療育手帳	あり ( 区分： A ・ B ・ B- ) ・ なし
6. 褥瘡 (じょくそう)	あり ( 部位： _____ ) ・ なし
7. これまでにかかった病気	
8. 過去2週間のワクチン接種 ※血液検査の数値に影響が出るため、受診日までの2週間はワクチン接種をお控えください	接種あり ・ 接種なし ※接種ありの方→接種日： _____ 月 _____ 日 ワクチンの種類：新型コロナウイルス・その他 ( _____ )

----- 以下、病院記入欄 -----

外来受診当日に関する説明 ( 確認者： \_\_\_\_\_ )

説明項目	チェック欄
外来予約日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分	<input type="checkbox"/>
身体障害者手帳 (お持ちの方)、療育手帳 (お持ちの方) を必ずお持ちください。	<input type="checkbox"/>
診断書をお持ちください。	<input type="checkbox"/>
診断書のお渡しまでに2週間ほどお時間をいただきます。	<input type="checkbox"/>