

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"/>