パラアスリートメディカルチェック【問診票】

○枠内に必要事項記入の上、ＦＡＸで送信してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記入日：　　　　年　　月　　日

　ふりがな

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 男 ・ 女 　生年月日 西暦 　 　年 　　月 　　日　年齢　　　歳

〒 　　　-

　住所

　連絡先　　　　－　　　　－

１）障がいの状況について、次のことにお答えください。

　　１．疾患名

　　２．障がい部位

　　３．発症日　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日　（おおよそでも構いません）

２）メディカルチェックを受けるにあたり、事前に担当医に伝えておきたいことがありましたら、

　 ご記入ください。

３）新型コロナウイルス感染予防策として、次のことをお答えください。

　　　１．海外渡航歴　　無　・　有 （国名　　　　　　　　　　　　帰国日　　　　年　　月　　日）

　　　２．国内移動歴　　無　・　有 （都道府県名　　　　　　　　　移動日　　　　年　　月　　日）

【メディカルチェックの予約申込み】

　問診票記載後、以下のＦＡＸ番号に送信してください。番号お間違いのないようご注意ください。

　　予約受付後、予約日時を記載の連絡先にご連絡いたします。

　　　　弘前大学医学部附属病院　総合患者支援センター予約部門（TEL 0172-39-5464）

**ＦＡＸ番号　０１７２－３９－５３３８**

【受診にあたっての注意事項】

　・　受診日までの間は、県外等への移動は控えていただき、感染予防策を万全にしてお過ごしください。

　・　受診当日は、来院前に自宅で体温測定を行い、３７.５度未満かつ風邪症状等のないことを確認のうえ

お越しください。 万一、風邪症状等がある場合は、直接リハビリテーション科へ電話連絡し、受診の可

否を医師に相談してださい。［ 弘前大学医学部附属病院リハビリテーション科　TEL 0172-39-5318 ］