

問診票

受診日 平成 31 年 月 日

ふりがな _____ さま

氏名 _____ 様 性別 男 女

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

○本日はどのような症状で受診されましたか？

(_____)

○介護保険はお持ちですか？ (有 ・ 無) 有の方の介護度 (要介護 _____ 要支援 _____)

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたらお呼び致しますので、もう少しお待ちください。

川口脳神経外科リハビリクリニック