

# 問診票

受診日 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・令和 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？

( \_\_\_\_\_ )

○お薬手帳はお持ちですか？ ( 有 ・ 無 ) 本日お持ちの方は受付へお出し下さい。

○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