

問診票

受診日 令和3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)

【コロナ対策における確認事項】

○2週間以内に発熱や風邪症状がありますか？ (はい ・ いいえ)

○2週間以内にコロナ感染者との濃厚接触者 (の疑い) に該当しますか？
(はい ・ いいえ)

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