

【受付票】

もの忘れ外来 (わかば宮本医院)

ID: _____

記入者: ご本人, ご本人以外 → 続柄: _____

ふりがな:	男 ・ 女	住所: 〒 _____
氏名: <small>※本名でお呼びすることに差し障りがある方はお申し出ください</small>		電話番号: _____ 携帯電話: _____
生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		緊急連絡先: _____ (氏名) (関係)

ご記入をお願いします。不明なところや書きにくいところは空欄のままで結構です。

・分院 (邦潤会 幕張クリニック) に通院歴はございますか? なし あり

※良くしたい症状、お困りのこと、それはいつからかをお書きください (複数ある場合は深刻なものから)

- ① _____ (年 月ころから)
- ② _____ (年 月ころから)
- ③ _____ (年 月ころから)

上記の症状について

最近 (6ヶ月程度) の経過は? 改善傾向 悪化傾向 変わらない 波がある

そのことでどこかに受診されたことは?

ない ある → 通院 入院

はじめに (医療機関名) _____ 年 月から _____ 年 月まで

最近 _____ 年 月から _____ 年 月まで

身長 _____ cm 体重 _____ kg

※当日はご本人の他にどなたか来院されますか?

お付き添いの方 → 続柄: _____、 ご本人のみ

当院を何で知りましたか? よろしければ下記該当項目に○をつけてください
ネット検索・□コミ (知人や家族から)・近くを通った・他院からの勧め・その他
当院までの交通手段を教えてください 車 (又はタクシー)・電車・バス・自転車 (又はバイク)・徒歩