

診察券 No : \_\_\_\_\_

## 初回問診表

受診日 年 月 日

ふりがな	
氏名	ご家族氏名 ( )
生年月日	(西暦) 年 月 日 ( 歳)
所属	(園・学校・会社など)
住所	〒
電話番号	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -
医療費助成 受給者証	有 無 ※どちらかに○をつけて下さい

①当院にて、特にご相談したい内容をご記入ください。

②現在、他に通院している医療機関・施設・相談先等がございましたらご記入ください。

また、現在までに受けている診断名等ございましたらご記入下さい。

③現在、治療中(またはフォロー中)の病気や、服薬しているお薬があればご記入ください。

④診察やリハビリにあたり、配慮して欲しいこと等があればご記入ください。

※ご記入ありがとうございました。個人情報につきましては、最適な支援を提供するための院内資料としてのみ使用させていただきます