ながしま脳神経外科リハビリクリニック

ID:

診 察 申 込 票

他の医療機関からの紹介状や画像データは受付にてお預かりしますのでお申し出ください

フリガナ		性別	生　年　月　日
氏　名		男　女	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和　　年　　月　　日
住　所	〒	年齢　　歳	
TEL ：	その他TEL	身長　　cm	
携帯電話：	(続柄：　　　)	体重　　kg	

●いつ頃からどのような症状がありますか？（今日はじめて・昨日・２～３日前・１週間前・その他）

●現在治療中、または過去にかかったことのある病気はありますか？　□ **いいえ**

□ **はい**（　　　　　　　　）

●体内に金属やペースメーカー等がありますか？　□ **はい**（　　　　）　□ **いいえ**

●今までに手術や大けがをしたことがありますか？　□ **いいえ**

□ **はい**（　　　　　　　　）

●現在、お薬を服用されていますか？　□ **いいえ**

□ **はい**（　　　　　　　　）

●注射やお薬で異常が出たことがありますか？　□ **いいえ**

□ **はい**（　　　　　　　　）

●アレルギーはありますか？　□ はい（　　　　）　□ **いいえ**

●けいれんを起こしたことがありますか？　□ **はい**　□ **いいえ**

●女性の方にうかがいます

１，現在妊娠中ですか？または妊娠の可能性がありますか？　□ **はい**　□ **いいえ**

２，現在、授乳中ですか？　□ **はい**　□ **いいえ**

あなたの臨床データを臨床研究・学会発表・予防啓蒙活動等に活用することをご了承いただけますか？

（臨床データは個人が特定されないように匿名化のうえ、活用されます）　□ **はい**　□ **いいえ**

当院を何で知りましたか？（複数回答可）	□インターネット検索　□他の医療機関からの紹介（　　　　）
	□家族･知人の紹介　□通りすがり･近所　□その他（　　　　）

<当院ではマイナンバーカードが保険証としてご利用いただけます>

当院はマイナ保険証により診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するためにもマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

▶　本日マイナ保険証をお持ちですか？　□ **はい**　□ **いいえ**

▶　マイナ保険証による診療情報取得に同意していますか？　□ **はい**　□ **いいえ**