

# 【受付票】

もの忘れ外来（幕張クリニック）

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: _____
生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		携帯電話: _____

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。

・本院（邦潤会 わかば宮本医院）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

※当日はご本人の他にどなたか来院されますか？

ご本人のみ,  お付き添いの方 → 続柄: \_\_\_\_\_

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