

初診申込書兼問診票

令和 年 月 日
申込人 _____

野村芳子小児神経学クリニック殿

私は以下の通り個人情報を提供し、野村芳子小児神経学クリニックにおける診察を申し込みます。

患者様氏名	カナ ----- 性別 男性 女性
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日生 (歳)
保護者氏名	カナ -----
現住所	〒 (アパート・マンション 名までご記入下さい)
連絡先電話番号	-----
緊急連絡先氏名と続柄	(続)
緊急連絡先電話番号	-----
どの様な病状ですか	
病状が現れたのは何時(何歳)頃からですか	
既に他の病院で受診されましたか	はい いいえ
「はい」の方は、次の質問にお答え下さい	
何時ごろですか	-----
病院名は	-----
診断された病名は	-----
既にお受けになった検査は	-----
服用されたお薬は	-----
ご家族・ご親戚に同じ症状のある方はいらっしゃいますか	はい いいえ
アレルギーはありますか	-----
薬品	-----
食物	-----
その他	-----
日常生活でお困りのことがありますか	
当院をどの様にお知りになりましたか 医師からの紹介 知人からの紹介 インターネット その他()	

患者様・保護者様

当院では、患者様から頂いた個人情報はご本人の診療目的以外には使用いたしません。また、法令等で定める場合を除き、ご本人の許可なく外部の第三者には提供致しません。