

フリガナ

お名前 (Name)

男 / 女 (male/female)

Date of Birth (day/month/year)

生年月日 明治・大正・昭和・平成

ご住所

Address

お電話

メールアドレス

Telephone

E-mail Address

身長 () cm / 体重 () kg

内服薬がある場合はお薬手帳を受付まで提出してください。

① 当院をお知りになられたきっかけを教えてください。

チラシ ホームページ SNS 知人からの紹介 他院よりの紹介 東京土建
地上看板 窓看板 マーソ ここカラダ その他

② 今日は何が一番お困りでしょうか？ご自由にお書きください。

③ 今までに MRI 検査を受けたことがありますか？ (はい・ いいえ)

④ 現在治療中もしくは過去に病気をしたことがありますか？

⑤ 現在服用中のお薬はありますか？ (はい・ いいえ)

* 内服薬がある場合はお薬手帳を受付まで提出してください。

⑥ 薬剤・食べ物などでアレルギーはありますか？ (ある ない)

* あるとお答えの方

⑦ 【女性の方へ】 妊娠されているもしくは妊娠の可能性はありますか？ (はい・ いいえ)

恩田メディカルプラザでは個人が特定できない形で検査データ・画像データなどの医療情報を医療の発展のため、医師会や学会等の発表、論文等での発表に使用させて頂いております。ご理解・ご協力のほど宜しくお願いいたします。