

# 白石 建 特別診察室 受診申込書

FAX 番号 : 03-4335-0161

フリ仮名		住所	〒
お名前	様		
電話		生年月日	
FAX		e-mail	

1. 当科受診のきっかけ

メディカルスキャニングから 半蔵門胃腸クリニックから その他

2. 今回の診察

初診  再診  術後経過観察  セカンドオピニオン  
 その他 ( )

3. 診察を希望する部位

頚椎  胸椎  腰椎  不明 (2つ以上選択可能です)

4. 画像 (MRI) をお持ちですか

はい ( ① 最近6か月以内のもの ② それ以前のもの )  
 いいえ

「いいえ」の方は、受診までにMRIが必要になります。

後ほどこちらから検査の案内をご連絡します。

5. 受診希望日 ・ ・ 診察は月、火、水曜日 13時から17時 (祝日を除く)

第一希望 : \_\_\_\_\_ 第二希望 : \_\_\_\_\_

6. 最もつらい症状は何ですか。それはいつからですか。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. 過去に脊椎の手術を受けたことがあれば、わかる範囲でお答えください。

手術日 \_\_\_\_\_ 手術名 \_\_\_\_\_