京都脊椎脊髄なんでもクリニック　セカンドオピニオン　受診申込書

FAX 番号　　075-431-7030

ふりかな		住所	〒
お名前	様		
電話		生年月日	
FAX		e-mail	

1. 当クリニック受診のきっかけ

□ インターネット検索にて　　□ 口コミ　　□ 大澤医院から

□ その他　（　　）

2. 診察を希望する部位

□ 頚椎　□ 胸椎　□腰椎　□その他　　(2つ以上選択可能です)

3.　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。

4.　最もつらい症状は何ですか。それはいつからですか。

_____

_____

5. 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