

診療申込書

受付 _____ 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
お名前		様	明・大・昭・平 年 月 日生(満 歳)
ご住所	〒□□□□-□□□□		
携帯番号	-	その他の電話番号	-
ご職業			

該当項目に を入れてください

ご質問	
当院をお知りになったきっかけ	<input type="checkbox"/> ご家族・ご友人 (_____ 様) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 当院ハガキ <input type="checkbox"/> 当ビル看板 <input type="checkbox"/> 駅ホーム看板 <input type="checkbox"/> その他
当院での治療	<input type="checkbox"/> ある (_____ 年 月頃 _____ 先生) <input type="checkbox"/> なし

ご希望	
担当医のご希望	ご希望がある方は、ご記入ください (_____ 先生)
ご希望の予約日時 (複数選択可)	《曜日》 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> いつでも良い 《時間》 <input type="checkbox"/> 午前(9:30~13:00) <input type="checkbox"/> 午後(14:30~18:30) <input type="checkbox"/> 夜間(18:30~21:00) ※土曜は 18:30 まで / 日曜は 17:00 まで

健康状態	
● 全身疾患	[<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 病名: _____]
● 他の科に通院	[<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 _____ 科]
● 薬の服用	[<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 何のお薬ですか?: _____]
● アレルギー	[<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 アレルギーの種類: _____]
● 血圧	[_____ / _____ mmHg]
● 妊娠	[<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 _____ ケ月 ※妊娠の可能性のある方は有に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください]

* その他、ご相談がありましたらご記入ください

--