

診療申込書

受付 年 月 日 No.

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

■以前に当院で治療を受けられたことがありますか？

ある (年 月頃 先生) ない

■担当医のご希望がある方は、ご記入ください

(先生)

■当院をお知りになったきっかけをお聞かせください

- ご家族・ご友人 (様)
 ホームページ 当院ハガキ 当ビル看板 駅ホーム看板 その他

■ご希望の予約日 (曜日・時間帯)

【日・月・火・水・木・金・土・いつでも良い】

9:30~13:00 14:30~18:30 18:30~21:00

診療時間

平日: 9時30分~21時
土曜日: 9時30分~18時30分
日曜日: 9時30分~17時
(休診日は祝日のみ)

■現在のお身体の状態

- 全身疾患 [有・無 病名:]
●他の科に通院 [有・無 _____科]
●薬の服用 [有・無 何のお薬ですか?:]
●アレルギー [有・無 アレルギーの種類:]
●血圧 [/ mmHg]
●妊娠(女性の方のみ) [有・無 _____ヶ月 ※妊娠の可能性のある方は有に○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

--