

診療の申し込み

フリガナ

氏名： (男・女)

生年月日： 年 月 日

住所：〒

連絡先 自宅 - -
携帯 - -

レ印をお付け下さい。

・今日は、どうなさいましたか？

病気 ご自身のケガ 労務災害 交通事故

・アレルギーの有無

あり：内容 () なし 不明

・緑内障の有無 あり なし

・前立腺肥大症の有無 あり なし

・妊娠中またはその可能性 あり なし

※ 保険証を添えて受付へ提出して下さい。

※ 保険証の提示がありませんと、自費計算となります。

※ お預かりした個人情報は、別紙『当院における個人情報の利用目的』
にのみ使用させていただきます。

受付日 年 月 日