FAX 06−6125−5351　　平成　　年　　月　　日

ひらいクリニック宛

診　察　申　込　書

【受診目的】　□にチェックを記入して下さい。

□総合診療科　□内科　□低血糖　□糖尿病　□甲状腺　□皮膚

□肛門科（女性専用）　□消化器内科　□乳腺　□外科　□手術日予約

□検診・検査（内容：　　）　□エコー外来（超音波検査）

□その他、気になる点やご相談等ありましたらご記入下さい。
（　　）

□予約変更　□予約キャンセル

【受診希望日時】

第１希望	月　日　：　～
第２希望	月　日　：　～
第３希望	月　日　：　～

【予約確定のご連絡方法】　□　ＦＡＸ　□　メール

※なんらかの理由で、ＦＡＸまたはメールが届かなかった場合は、お電話させて戴きます。
ご了承の程、よろしくお願いします。

氏名	ふりがな		
生年月日	大・昭・平・西暦　年　月　日生（　才）		
住所	〒		
ＴＥＬ		携帯電話	
ＦＡＸ			
メールアドレス			
当院での受診の有無	有　・　無	ご紹介者	様