

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。
（

月に一度 実施しています。
日程はホームページをご覧ください。

□予約変更 □予約キャンセル

その他の目的、気になる点や
ご相談などありましたら、
ご記入ください。

【受診希望日時】

診察時間は、火曜日 14:00~16:00
木曜日 9:00~11:20
土曜日 9:00~11:20
14:00~16:00です。
20分毎にご予約を承っております。
できるだけ、第三希望までご記入下さい。

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

FAX メール

ご希望の予約確定連絡方法
に、チェックを入れて下さい。

※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。

全ての欄について
なるべく
ご記入下さい。

氏名	ふりがな ひらい はなこ		
	ひらい 花子		
生年月日	大・昭・平・西暦 XX年 XX月 XX日生 (●●才)		
住所	〒542-0081 大阪市南区心斎橋町3-2-6 農林マンション 201		
TEL	00-0000-0000	携帯電話	00-0000-0000
FAX	00-0000-0000		
メールアドレス	xxxxx@yyyyyy.ne.jp		
当院での受診の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	ご紹介者 様

予約確定のご連絡を
FAXでご希望の場合は、
必ず記載して下さい。

予約確定のご連絡を
メールでご希望の場合は、
必ず記載して下さい。
文字は大きく、間違いが
ないようにご記入下さい。

当院で一度でも診察を受けた事が
ある方は「有」に○を下さい。