

受付用紙

年 月 日

ふりがな			性別	男 ・ 女
氏 名				
生年月日		明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
住 所		郵便番号 (〒 —)		
連絡先	自宅電話		携帯電話	
	職場の電話		その他	
何科を受診されますか？ 数字に○印		1.内科 (生活習慣病等・かぜ・呼吸器・ED・AGA・その他体調不良) 2.睡眠科 (足のムズムズ感・不眠・昼間の眠気・いびき・無呼吸症候群など) 3.甲状腺外来 4.禁煙外来		