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	携帯電話		自宅電話	固定電話　有・無
	家族連絡先	TEL： 氏名(　　)続柄(　　)	メールアドレス	
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		

他院での処方　あり・無し　　本日お薬手帳お持ちですか？　はい　・　いいえ