

KT:

℃

受付用紙

年 月 日

ふりがな			性別	男 ・ 女
氏名				
生年月日		明・大・昭・平・令 年 月 日		
住所		郵便番号 (〒 —)		
連絡先	携帯電話		自宅電話	
	(必須) 本人以外 緊急連絡先	氏名()続柄()	その他 連絡先	氏名()続柄()
何科を受診されますか? 数字に○印		1.内科 (呼吸器・糖尿病・禁煙・その他 ()) 2.睡眠外来 3.甲状腺外来 4.認知症外来 (予約 有・無) 5.その他 (())、ED、AGA)		

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