

大野はぐくみクリニック 久しぶりに受診する患者様用の受診票

★受診が半年以上空いた場合は、完全予約制になっております。

★先に受診票を御記入後、当院のほうから予約日のご連絡をさせていただきます。

ふりがな

*受診する方の名前 ()

性別 男 女 *生年月日 平成 年 月 日 (歳)

*住所 (〒 -)

()

*連絡して通じる電話番号 TEL () FAX ()

この紙を記載した日 平成 年 月 日

最後に受診された日 平成 年 月

*記載された方と受診される方の関係 当てはまるところを○で囲んでください。

母親 父親 祖父 祖母 その他 ()

*どのような目的での受診ですか？

以下の当てはまるところを○で囲んでください。

● デイサービス意見書の作成

当院の療育を利用されていますか？ はい いいえ

(事業所名：)

● 診断書の作成

診断書の種類 ()

● 相談したいことがある

()

● その他

()

*紹介状などは持参されますか はい いいえ

*それはどちらからの紹介状ですか ()

*資料は持参されますか はい いいえ

上記をすべて書き込んだら

FAX (086-255-2138) してください