

# 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 ( ) 年齢 (満 歳)

性別 男 女 生年月日 平成・令和 年 月 日  
(〒 - )

住所

連絡して通じる電話番号 TEL : FAX :

この受診票に記入した日 令和 年 月 日

この受診票に記入された方との関係 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