

初診予約申込書

申込年月日 年 月 日

ふりがな				性 別	☐ 男 ☐ 女
受診者氏名					
生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (才)				
現 住 所	〒 -				
電話番号	-	-	F A X 番号	-	-
携帯電話	-	-			
申込者氏名	☐ 本人 ☐ その他 ()			続 柄	

※ご希望診療欄へご記入ください

☐ ①てんかんの診療をご希望の方

受診希望日	①	年	月	日 ()	☐ 8:15	☐ 9:30	☐ 10:30
	②	年	月	日 ()	☐ 8:15	☐ 9:30	☐ 10:30
	③	年	月	日 ()	☐ 8:15	☐ 9:30	☐ 10:30
※10:30は13才以上の方のみです							
治療状況	☐ 治療中		☐ していない		紹介状	☐ あり ☐ なし	
ご希望内容							

☐ ②神経内科の診療をご希望の方（特殊外来を含む）

受診希望日	①	年	月	日 ()	☐ 13:30	☐ 14:30
	②	年	月	日 ()	☐ 13:30	☐ 14:30
	③	年	月	日 ()	☐ 13:30	☐ 14:30
治療状況	☐ 治療中		☐ していない		紹介状	☐ あり ☐ なし
診断名、症状等						

☐ ③その他のご希望

--

☐ 宿泊案内の送付 ☐希望する ☐希望しない

静岡てんかん・神経医療センター