

## 初診予約申込書

申込年月日      年      月      日

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
受診者氏名					
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成      年      月      日 (      才)				
現住所	〒      -      -				
電話番号	-      -	FAX番号	-      -		
携帯電話	-      -				
申込者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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 (      )	<input type="checkbox"/> 8:15	<input type="checkbox"/> 9:30	<input type="checkbox"/> 10:30
	②	年	月	日 (      )	<input type="checkbox"/> 8:15	<input type="checkbox"/> 9:30	<input type="checkbox"/> 10:30
	③	年	月	日 (      )	<input type="checkbox"/> 8:15	<input type="checkbox"/> 9:30	<input type="checkbox"/> 10:30
※10:30は16才以上の方のみです							
治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> していない		紹介状		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
ご希望内容							

② 神経内科の診療をご希望の方

受診希望日	①	年	月	日 (      )	<input type="checkbox"/> 13:30	<input type="checkbox"/> 14:30
	②	年	月	日 (      )	<input type="checkbox"/> 13:30	<input type="checkbox"/> 14:30
	③	年	月	日 (      )	<input type="checkbox"/> 13:30	<input type="checkbox"/> 14:30
治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> していない		紹介状		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
診断名、症状等						

③ ねむけ外来の診療をご希望の方

受診希望日	①	年	月	日 ( 月 )	<input type="checkbox"/> 10:00	<input type="checkbox"/> 11:00
	②	年	月	日 ( 月 )	<input type="checkbox"/> 10:00	<input type="checkbox"/> 11:00
	③	年	月	日 ( 月 )	<input type="checkbox"/> 10:00	<input type="checkbox"/> 11:00
※ねむけ外来は16才以上の方のみです						
治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> していない		紹介状		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
診断名、症状等						

④ その他のご希望

宿泊案内の送付       希望する       希望しない