

橋本こどもクリニック FAX専用 受診申込書

お名前

男・女

診察券番号

生年月日 平成 年 月 日 才

・どうされましたか？

いつから？

熱・かぜ症状・おなか具合が悪い・うつる病気らしい(はしか・みずぼうそう・その他)
その他 具体的に

・来院希望日時

できるだけ早く

AM・PM

時ごろ

月

日

いつ受診すればよいか相談したい

スタッフが出勤後にこちらから連絡を取らせていただきます。
希望の連絡先をお書きください(自宅・携帯・勤務先・その他)

電話番号:

当院からの連絡後、診察券と保険証を持ってお越しください。

来院のお約束をした時間にすぐ診察開始とは限りませんので、あらかじめご了承ください。

当日予約受付は午後6時までです。

橋本こどもクリニック FAX : 072-631-8989
Tel : 072-631-9001