

診療申込書

ご記入日 年 月 日

ふりがな		性別	西暦
お名前		男 ・ 女	年 月 日 (歳)

現住所	電話番号 ※携帯電話をお持ちの患者様は必ずご記入をお願いします。	
〒 -	携帯	- -
	自宅	- -
	その他	- -

患者様の緊急連絡先をご記入ください。

ふりがな	続柄	電話番号 ※携帯電話をお持ちの患者様は必ずご記入をお願いします。	
お名前		携帯	- -
		自宅	- -
		その他	- -

*必要時に当クリニックから連絡してもよい電話番号をご記入ください。

現在、眼科以外で通院中の病院はございますか？

☐ ない ☐ ある → 詳細を以下にご記入ください。

*術前に、ご記入頂いた病院にお体の状態を問い合わせる場合がございます。

病院名		病院住所
診療科		〒 -
担当医		
病名		

病院名		病院住所
診療科		〒 -
担当医		
病名		

病院名		病院住所
診療科		〒 -
担当医		
病名		

この用紙のご記入をもって、当クリニックの診療に伴う診察、各種検査、投薬等に同意されたものとさせていただきます。
特別に同意書の提出が必要な手術や処置に対しては原則、書面にて説明を行い、同意を頂いた上で治療、診療させていただきます。
ご理解とご協力をお願い致します。