

## 診察受付記入表

下記の事項をご記入の上、受付時にご提示願います。

フリガナ	
氏名	様
生年月日	M T S H 年 月 日
住所	〒
電話番号	- -
携帯電話 (任意記入)	※緊急のご連絡、検査結果のご連絡等に利用します。 - -

※個人情報はカルテ作成のためにのみ利用いたします。

問診内容

① 症状はいつからですか。

[ ]

② 心臓病の既往歴はありますか。

[ なし ・ あり ・ わからない ]

受付するにあたって

★持参するもの★ ・ 保険証または身分証明書

・ こちらの受付記入表

受付の際、この受付記入表と保険証を提示いただき、「自費の薬希望」の旨をお伝えください。（受付記入表が無くて構いません。）

定期的に通院中の予約患者様がおりますので、待ち時間がございます。

ご理解とご協力をお願い申し上げます。

せいの内科クリニック

TEL 024-983-1024 / FAX 024-983-1010

〒963-8851 郡山市開成6-192-2