

FAX:03-3294-0290

初診予約申込書

患者氏名 <small>(ふりがな)</small>	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
申込者	患者との関係		父・母・その他 ()
電話	FAX	携帯	
住所	〒		

1. 当院をどちらでお知りになりましたか？
 - ・家族／知人 () 様が通院中／からのご紹介 ・インターネット
 - ・他院 () ・その他 ()
2. どのような症状で受診を希望されますか？該当するものに○をつけてください。(複数回答可)
 - ・発達遅れ ・学習障害 ・自閉症 ・注意欠陥多動障害
 - ・チック(声が出る、目をパチパチさせる、トゥレット症候群等) ・てんかん
 - ・不随意運動(ジストニア等) ・瀬川病 ・片頭痛 ・睡眠障害
 - ・ムズムズ脚 ・レット症候群 ・染色体異常(ダウン症等) ・その他
3. 上記1.で「その他」に○をされた方は、詳細をご記載ください。

4. 他院で受診されていますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」の場合
 - ・受診機関名 ()
 - ・紹介状の有無 (有 ・ 無)
 - ・受診を急ぐように言われましたか？ (はい ・ いいえ)

5. 翌々月の予約希望日をご記載ください。

注1) 初診は平日の午前中のみの診察となります。

注2) 1月中のお申込みは3月の希望日、2月中のお申し込みは4月の希望日をご記載ください。

第一希望：

第二希望：

第三希望：

申込書の内容を医師が確認し、当院での受診が必要と判断された場合、予約受付いたします。
お申込み頂いた方には、1週間～10日を目途に電話でご連絡させていただきます。

クリニック使用欄

受付日： 月 日 ()