

FAX：03-3294-0290

記入日： 年 月 日

最近、当院で行っていない治療やリハビリを目的に来院される患者様が増えております。お申込前に一度、当院HPをご覧ください、対象とする疾患や治療内容をご確認下さい。なお、初診は平日の午前診察のみとなります。

## 初診予約申込書

紹介状	有 ・ 無
受診機関名	担当医名
・受診を急ぐように言われましたか？ ( はい ・ いいえ )	

(ふりがな) 患者氏名	男・女	(再初診の方) 診察券番号
生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	
申込者氏名	患者との関係	父・母・他 ( )
電話番号	①	②
必ずつながる番号 3つをご記載ください	留守番電話機能の有無 ①の番号 (有 ・ 無) ②の番号 (有 ・ 無) ③の番号 (有 ・ 無)	
注1) 電話番号は大きくていねいにご記載ください。 注2) 1) 予約受付、2) 予約日確定、3) 最終確認、の3回お電話いたします。当院からの電話に出られなかった場合必ず折り返しご連絡下さい。連絡がとれない場合はキャンセル扱いとさせていただきます。ご了承下さい。 注3) お申込みいただいた方には、1週間～10日を日途にお電話させていただきます。		
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 ・HP ・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 ・自閉スペクトラム症 ・注意欠陥多動障害  
 ・チック(トゥレット症候群) ・てんかん  
 ・不随意運動(ジストニア等) ・瀬川病 ・睡眠障害  
 ・ムズムズ脚症候群 ・レット症候群 ・その他 ( )

注)以下の症状や疾患は当院の診療ではございません。児童精神科への受診をお願いします。

・行動異常(暴力)・拒食症・リストカット・自殺願望・統合失調症・うつ病などの精神症状が主体の場合

3. 症状の詳細をご記載ください。