紹介状

クリニック使用欄受付日:月

日 (

)

瀬川記念小児神経学クリニック 初診予約受付係 行

有 •

無

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をご覧いただき、対象とする疾患や治療内容をご確認下さい。初診は**平日の午前診察のみ**です。また、土曜午後・日曜・祝日は休診となっております。

初診予約申込書

受診機関名					担当医名	7	
・受診を急ぐよ	うに言われまし	たか? (はい	・いいえ)	1	
(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)	メールアドレス			
申込者氏名		患者との関		関係 父・#	母・他()	
電話番号	1		2		3		
必ずつながる番号 3つをご記載ください (注1) 原式 乗口	留守番電話機能の	<u> </u>		無) ②の番	号(有・無	(美) ③の番号((有・無)
注1) 電話番号、メールアドレスは大きくていねいにご記載ください。 注2) お申込みいただいた方には、1週間~10日を目途にメールもしくは電話にてご連絡いたします。 注3) 当院からの電話に出られなかった場合は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。							
住 所	〒						
 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)・発達の遅れ ・自閉スペクトラム症 ・注意欠陥多動障害							
,	ゥレット症候群 」(ジストニア st J症候群	*	瀬川病	• [睡眠障害 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。					
<u>J</u>							