

受診登録シート

様式-受診登録 KLC20130812

年 月 日初診 (記入しないで下さい)

婦人科・泌尿器科

カルテNo. (記入しないで下さい)

加藤レディスクリニック

< 妻 >

ふりがな _____

お名前 _____ 生年月日 S/H _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

〒 _____

ご住所 _____

自宅TEL (_____) _____ 携帯TEL (_____) _____

ご職業 _____

勤務先名 _____ 勤務先TEL (_____) _____ (差し支えなければご記入下さい)

(注) ご住所は、当院より請求書、お知らせ等が発生した場合のご郵送先となります。また、ご自宅、携帯TELは、当院より確認等が発生した場合のご連絡先となります。やむをえず、現在お住まいのご住所と異なる連絡先の登録をご希望の場合は、予め受付にお申し出下さい。

< 夫 >

ふりがな _____

お名前 _____ 生年月日 S/H _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

〒 _____

ご住所 _____

自宅TEL (_____) _____ 携帯TEL (_____) _____

ご職業 _____

勤務先名 _____ 勤務先TEL (_____) _____ (差し支えなければご記入下さい)

(注) ご住所は、当院より請求書、お知らせ等が発生した場合のご郵送先となります。また、ご自宅、携帯TELは、当院より確認等が発生した場合のご連絡先となります。やむをえず、現在お住まいのご住所と異なる連絡先の登録をご希望の場合は、予め受付にお申し出下さい。

※海外在住の方は次の欄もご記入ください。

①日本滞在時の連絡先

自宅 ・ 実家 (お名前: _____ 様方) ・ その他 (お名前: _____)

〒 _____

ご住所 _____

自宅TEL (_____) _____ 携帯TEL (_____) _____

②郵送物の送付先

現住所 (海外) への送付希望 ・ 日本滞在時の住所への送付希望

③E-MAIL アドレス

_____ @ _____

☆当院の説明会に参加されたことはありますか はい (_____ 年 月) ・ いいえ

☆Shinjuku ART Clinic または 新橋夢クリニック または みなとみらい夢クリニックの説明会に参加されたことはあります

はい (Shinjuku ART ・ 新橋夢 ・ みなとみらい夢 クリニック、 _____ 年 月) ・ いいえ

☆Shinjuku ART Clinic または 新橋夢クリニック または みなとみらい夢クリニックを受診されたことはありますか

はい (Shinjuku ART ・ 新橋夢 ・ みなとみらい夢 クリニック、 _____ 年 月) ・ いいえ

☆ご自身の基礎疾患について、事前に当院へ電話でのお問い合わせをされていますか はい ・ いいえ