

診察までのながれ

①まずはお電話ください。

☎089-905-0055

②ご予約日を決めさせていただきます。

③当日、予約されたお時間にご来院ください。

ご予約日

平成__年__月__日()

午前・午後__時__分

*メモにお使いください。

❁当日持参していただく物❁

保険証・診察申込書

お持ちであれば、一緒にご持参ください。

◎各種受給者証

◎今飲まれているお薬内容の分かるもの

◎血圧手帳

◎糖尿病連携手帳

◎自己血糖測定器・^{せんし}穿刺器具

◎自己血糖測定ノート

◎検査結果、検診結果など

◎紹介状

✂きりとり

診察申込書

H__年__月__日

| | | | | |
|------|-----|-------------|----------------|-------|
| フリガナ | | 男 ・ 女 | 生年月日 | |
| お名前 | | | 明治・大正 昭和・平成 | 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 - | ご連絡先 | | |
| | | ご自宅 () - | 携 帯 () - | |

| | | | |
|------------|-------------|------------|---------|
| 緊 急 連絡先 | フリガナ お名前 | ご連絡先 () - | 患者様との関係 |
| | フリガナ お名前 | ご連絡先 () - | 患者様との関係 |
| | フリガナ お名前 | ご連絡先 () - | 患者様との関係 |

*当クリニックはどのようにして知られましたか

紹介 (知人・医療機関) HP 看板 その他 ()