



診察申込書

記入日 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日				
氏名			昭和・平成 年 月 日 (歳) *1歳未満の方は(ヶ月)				
住所	〒						
	・大阪府堺市/ 市 町 ・ 都・府・県 市 町・村						
電話番号(自宅)		電話番号(携帯または実家)					
()		()					
(遠方からお越しの方は実家の電話番号も記載していただきますようお願いいたします。)							
受診された理由(✓をつけてください)							
発熱	咳	鼻汁	嘔鳴	下痢	嘔吐	腹痛	頭痛
咽頭(嚙下)痛	耳下部痛	発疹	予防接種・健診	医療相談			
来院予定日							
平成 年 月 日 午前・午後							

個人情報保護法にもとづき、医療以外の目的で使用しないことを約束いたします。

かなざきこどもクリニック

ご来院前にこちらに FAX 下さい。

FAX: 072-289-3101