

診療予約申込書

【患者情報】

フリガナ		生年月日	性別
氏名	様	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	男・女
住所	〒 ー		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
FAX番号			

【診察希望日】

希望日なし (いつでも可 ※最短の日時ご予約)

第1希望日	月	日 ()
第2希望日	月	日 ()
第3希望日	月	日 ()

診察可能日：月・火 14:00 (祝日を除く)

【嚥下造影検査結果】

検査報告と合せて嚥下造影検査DVDの郵送を希望する	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---------------------------	-----------------------------	------------------------------

【連絡先】

施設名	
担当者氏名	様 (役職)
住所	〒 ー
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

記入していただいた診療情報提供書、事前問診票をもとに、受診可能か判断いたします。
受診可能な場合、こちらから摂食嚥下外来連絡表と嚥下造影検査同意書をお送りします。