初　診　申　込　書

記入日　　年　　月　　日

【希望診療科】 ○をつけて下さい	リウマチ　・　線維筋痛症　・　ペインクリニック 泌尿器　・　心療内科　・　漢方				
氏名		性別	男　・　女		
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日	年齢		職業	
現住所	〒　　ー				
携帯☎		自宅☎			
携帯・自宅以外の 緊急連絡先☎ （ご関係）	（　　）				
紹介状の有無	あり　・　なし				

受診に際してのご注意
・喫煙されている方、喫煙臭のする方の受診をお断りする可能性がございます。 禁煙されてからの受診をお願い致します。 ・喫煙、喫煙臭のある付き添いの方もご遠慮いただいております。 （化学物質過敏症やその他の患者様のため、上記は必須となります） ・診療の進行を妨げる行為、他の患者様や当院スタッフに対して迷惑行為を行った場合は、 院長の判断により、診療を拒否させていただく場合がございます。 ・当院診療科以外の疾患に関しての診療につきましては、現在受け付けておりません。 ・診断結果によっては他院ご紹介となる場合がございます。ご了承下さい。 ・受診の目的が身体障害者手帳・障害年金などの申請のみの場合は診察はお受けしておりませんので ご了承ください。

上記、同意しました。

年　　月　　日

氏名

受診時にお持ちいただく物	
保険証	初診申込書
お薬手帳	問診票
お持ちの方	
紹介状	公費医療券
採血、検査データ	

〒104-0031
東京都中央区京橋１－１－６
越前屋ビル２階
☎　０３－６２０２－９０８１（予約専用）

医療法人社団實理会　東京八重洲クリニック