

日曜診療申込書 記入日 年 月 日 No. (事務使用)

船橋ゆかりクリニックの日曜診療は完全予約制です。事前にお申込みをお願いいたします。後日お電話や電子メールなどで診察日時をご案内いたします。詳しいスケジュールは約2ヶ月前から広報いたしますので、ホームページをご確認ください。日曜診療の診察日時は指定できません。万が一、1週間以内に連絡が来ない場合やご都合が悪くなった場合は、恐縮ですが、0120-12-4103まで営業時間内にご連絡ください。予約は先着順です。お申込みが多数の場合、ご希望に添えない場合がありますので、ご了承下さい。直前のお申し込みには対応いたしかねます。予約なしで、直接来院された場合は、他院をご紹介する場合がございます。

(ふりがな) (ふりがな)
お名前: 保護者:
ご年齢: ご性別: 男 ・ 女 (Oしてください)
お誕生日: 明治 大正 昭和 平成 西暦 (Oしてください) 年 月 日
ご住所 〒 (ふりがな)
千葉県・東京都・ 県 市・郡 区
(ふりがな)
町 丁目 番 号
(アパート・マンション名) 号室

平日昼間に連絡してもよい電話番号 - -
(チェックしてください。Oご家族にクリニック名を名乗ってよい / O名乗らないでほしい)
電子メールアドレス (チェックしてください。O連絡は電話でよい / Oメールを希望する / O郵便を希望する)
@

★携帯電話では eucaly.org からのメールを受信許可してください。 O了解して設定した / O方法がわからない

診察希望の症状と部位(Oしてください。複数選択可)
痛み かゆみ 赤み かさつき ぶつぶつ 爪 水虫 いぼ しこり ほくろ アトピー じんま疹 その他アレルギー
ニキビ ニキビ痕 きず やけど 傷あと(ケロイド) 下がりまぶた 下肢静脈瘤 円形脱毛 薄毛 AGA
唇裂口蓋裂、小耳症の相談&フォローアップ 副耳 その他()
ピアス(耳たぶ、軟骨、へそ) ピアストラブル 脱毛希望 しみ しわ たるみ 点滴療法(ビタミンC、プラセンタ)

部位: 全体 あたま 顔(おでこ、まぶた、鼻、頬、唇、あご) 首(前後) 背中 胸 お腹 足の付け根
腰 お尻 陰部 上肢(肩、二の腕、肘、前腕、手、指) 下肢(大腿、膝、下腿、足、指)

いつごろから症状がありますか?
広がっていますか? 自由にご記入ください。
同じ症状でほかのクリニックに通われていましたか?(Oしてください。はい いいえ)
処方されていたくすりや受けた処置をご記入下さい→

チェックしてください。O牛乳毎日飲用 / O食パンにはマーガリン / O唐揚げ好き / O外食が多い / O野菜嫌い
Oステロイドは使いたくない / O寝不足 Oストレス O便秘 / 女性の方 O生理と関係 O妊娠中 O予定あり
右記の持病はありますか?(Oしてください) 花粉症、糖尿病、高血圧、心臓病、不整脈、透析中、神経症

★日曜日は保険診療と自由診療ともに、予約料と時間外診察料(処置料)がかかります。 OOK
★診察や処置、受付でお名前をお呼びしてもよろしいでしょうか。(Oしてください 大丈夫/だめ、数字で)