

# ファックスによる初診申し込み票

## (湘南吉田クリニック FAX 0466-54-0557)

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女                      年齢 \_\_\_\_\_ 歳

電話番号(自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

住所 藤沢市 ・ 茅ヶ崎市 ・ 横浜市 ・ 鎌倉市    その他

保険証の種類 社会保険 ・ 国保    その他

- 心療内科・精神科の通院歴 ある ・ ない                      紹介状の有無 ある ・ ない

医療機関名 \_\_\_\_\_                      治療期間 \_\_\_\_\_

- 精神科病院での入院歴 ある ・ ない                      入院時期

- 受診の理由やお悩みの症状についてお書き下さい(簡単に結構です)。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 予約希望日

\_\_\_\_\_

病状によっては診察をお受けできない場合がありますのでご了承ください。

上記項目に記入していただき、湘南吉田クリニック(FAX 0466-54-0557)へ送信してください。

受診の予約については当院よりご連絡いたします。

尚、電話での連絡でご都合の悪い日時がありましたらご記入ください。

\_\_\_\_\_