

診 療 申 込 書

※ふりがなは必ず記入して下さい。

ふりがな			
氏 名	男・女		
大・昭・平・令	年	月	日生
住 所 (〒	—)	
電 話	—	—	
(携 帯)	—	—	
以前に当院を受診されたことがありますか？ ある (_____ 年頃) ・ ない			
希望する医師がある場合はご記入下さい。 _____ 先生希望			
紹介状をお持ちの方は受付にお渡し下さい。 ※ 仕事上・交通事故等の理由で受診する方は 受付の際必ずお申し出下さい。			

事-6

左の診療申込書にご記入いただき、当日受付にお持ちください。

診療受付時間

月曜～金曜：午前 9:00～11:30
午後 13:30～16:00
土曜： 9:00～11:30
日曜・祝日：休診

※眼底検査を行うと、瞳が元に戻るまでの数時間は、まぶしく目がかすむため、車などの運転は大変危険です。できるだけ公共の交通機関を利用してお越しください。

※診療代につきましては、クレジットカードでのお支払いはお受けできません。御了承ください。

大塚眼科病院