

Reborn外来受診希望の方へ

この度はReborn外来受診希望のご連絡を頂きありがとうございます。
ご予約に際し、予約書・問診用紙をお送り致します。
ご協力をよろしくお願い致します。
ご不明な点がございましたら、お手数ですがクリニックまでご連絡ください。

【問診用紙記入について】

- * 名前には必ずふりがなのご記入もお願い致します。
- * 連絡先には出来るだけ携帯番号のご記入もお願い致します。
- * 治療についてはわかる範囲でご記入をお願い致します。
- * 問診用紙はご記入後、船戸クリニックまでFAXまたは郵送にてご返信くださいます様
よろしくお願い致します。

診察予約日までに可能であれば船戸クリニックホームページをご覧頂けると幸いです。

【連絡先】



船戸クリニック相談窓口
〒503-1382 岐阜県養老郡養老町船附1344
TEL 0584-35-3335
FAX 0584-35-3330

【予約書】

氏名: _____ 様
日時: _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分 ~

診察場所: 船戸クリニック 外来

【当日お持ちいただくもの】

- * 診察費用: 10,000円
- * 保険証
- * 紹介状(お持ちの方)
- * 今までの検査データ・資料など(お持ちの方)
- * 予約書