

# 初診申込

ID

年 月 日

ふりがな		大・昭・平	年	月	日生
氏名					( 歳)
現住所	〒 (      -      )				
住民票の場所	大阪狭山市 ・ その他 (      )				
自宅 TEL		職業			
携帯電話					

あてはまる所を記入または○で囲んでください

イ. 婦人科の病気が心配で調べて欲しい

ロ. 子どもが欲しい ( 治療を希望する ・ 相談を希望する)

ハ. 検診を希望する ① ( 公費 ・ 自費 ) ② ( 子宮頸がん検診 ・ 大腸がん検診)

ニ. 予防接種 ( 種類 :      )

ホ. その他

症状など (簡単で結構です)

--	--



てらにしレディースクリニック  
Teranishi Lady's Clinic