

【お申し込みフォーム】



在宅テラス診療所
なかはら
HOME CLINIC

FAX: 044-789-8507

〒211-0044 神奈川県川崎市中原区新城1-17-5

■ ご家族やご紹介者様情報

記入日： 年 月 日

*印の部分は必ず記入をお願い致します

ご紹介者様 氏名 / フリガナ*	
ご紹介者様 氏名*	
紹介者の事業所 / 職種	
患者様とのご関係	
電話番号*	
FAX 番号	

■ 患者様情報

*印の部分は必ず記入をお願い致します

患者様 氏名 (フリガナ)*	
患者様 氏名*	
性別*	<input type="checkbox"/> 男性 • <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	西暦 年 月 日
住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
疾患*	
現在受診されている医療機関名	
お問合せ内容* 「訪問診療を希望します」など	

必要事項をご記入の上、お問合わせ用紙を当クリニックに FAX, または郵送にてお送りください。