

木曜日（予約外来）受診希望の方へ

お名前 _____ 性別 男 女 年齢 _____ 歳

ご住所 _____

電話① _____ ② _____

1. 受診したい理由（該当箇所を囲って下さい）

- ① 手術（レーザー治療、ポリープ切除、その他）
- ② ゆっくり時間をかけて相談したい、診察を受けたい事例がある
- ③ 往診
- ④ その他

2. 受診の具体的な要望（相談したい事例を具体的に記載してください）

3. 受診希望日（木曜日 PM3時から6時まで、偶数週はAM希望の方も相談に応じます）

4. その他、知らせたい事、希望等あればご記載ください

ありがとうございました。FAX(3728-3387)を送っていただくか、来院されて院長またはスタッフに渡していただけるようお願いします。当院に受診歴のない方(初診)は、往診希望の方以外は木曜日の完全予約外来の対象外とさせていただきます。一度通常の外来を受診されてからご相談ください。受診希望当日のFAXでの受診申し込みは基本的にはお受けできません。

必ず前日までにFAXした上で、クリニックへ電話していただきご確認ください。

申し込み日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

李耳鼻咽喉科