

## 診療申込書兼変更届

年 月 日 初診 ※記入しないでください

産婦人科（不妊治療）

カルテNo. \_\_\_\_\_ ※記入しないでください



神戸元町 夢クリニック

〒650-0037  
兵庫県神戸市中央区明石町44 神戸御幸ビル3階  
TEL：078-325-2121  
FAX：078-325-2521

&lt; 妻 &gt;

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 (S/H) 年 月 日 年齢 歳

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

自宅TEL ( ) \_\_\_\_\_ 携帯TEL ( ) \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_ 勤務先TEL ( ) \_\_\_\_\_ (差し支えなければご記入下さい)

&lt; 夫 &gt;

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 (S/H) 年 月 日 年齢 歳

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

自宅TEL ( ) \_\_\_\_\_ 携帯TEL ( ) \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_ 勤務先TEL ( ) \_\_\_\_\_ (差し支えなければご記入下さい)

\*海外在住の方は次の欄もご記入下さい。

①日本滞在時の連絡先

自宅・実家（お名前： \_\_\_\_\_ 様方）・その他（お名前： \_\_\_\_\_）

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

日本滞在時のTEL ( ) \_\_\_\_\_ 日本滞在時の携帯TEL ( ) \_\_\_\_\_

②郵送物の送付先

現住所（海外）への送付希望 ・ 日本滞在時の住所への送付希望

③E-MAILアドレス

@ \_\_\_\_\_

以下、ご記入ください。※治療再開の方は不要です。

☆当クリニックのYouTube説明会動画をご覧になったことはありますか？ はい・いいえ

☆当クリニックを何でお知りになりましたか？

1. 前医の紹介 ( ) 2. 薬局からの紹介 ( ) 3. 友人、知人からの紹介 ( 当院の患者様 ・ その他 )  
4. ホームページ 5. インスタグラム 6. 雑誌 7. その他 ( )

☆紹介医・薬局等からの紹介状をご準備いただいていますか？

はい（紹介先名： \_\_\_\_\_）・ 準備中（紹介先名： \_\_\_\_\_）・ いいえ

☆ご自宅から当クリニックまでの所要時間 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分