



＜海風診療所予約票＞

この度は海風診療所へお問い合わせいただきありがとうございます。

当院は完全予約制になっております。この予約票が海風診療所へ到着し次第、予約待ちの状態とさせていただきます。患者様より予約票が届きましたら、折り返し当院よりご連絡を入れさせていただきます。

初回は、患者様の現状の把握、当院での治療方針、各種治療の方法・頻度・費用を含め、30分～1時間程度をかけてカウンセリングを行わせていただきます。

カウンセリング後、当院での治療について十分にご理解いただいた上で、治療の継続を希望される患者様は、正式に治療の予約を入れていただくことになります

※カウンセリング料金は1万円となっております。

(初回はカウンセリングのみとなり、原則として治療は行っておりませんので、ご了承ください)

記入日	年 月 日
(ふりがな) 氏名	(男・女)
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)
住所	〒
電話番号	(携帯 — — —)
病名	
上記病名の 経過を簡単 に記載して ください	
紹介者	あり (お名前) ・ なし
ご連絡の 希望時間	(AM) : ~ : ・ (PM) : ~ :

※当院の診療時間は、AM9:00～PM18:00となっております。ご了承ください