

# 霞が関アーバンクリニック診療申込書

～初めて受診される方へ～

霞が関アーバンクリニックは**完全予約制**です。**初めて受診される方は本申込書にご記入の上、お送りください。受取確認後、2週間以内**に担当者よりご連絡させていただきます。受診希望日は予約状況によってご希望に添えない場合がございます。

送信日	平成 年 月 日 ( )				
患者様お名前	ふりがな 様	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 歳	男・女
患者様ご住所	〒 都・道・府・県 郡・市 区				
患者様ご連絡先	電話	FAX			
受診を希望される科 一般内科 ( 肝臓内科 ・ 禁煙外来 ・ メタボ外来 ) ・ リウマチ膠原病科 ・ 神経内科 ・ 整形外科 ( 骨粗鬆症外来 ・ ロコモ外来 ) ・ 皮膚科 ・ メンタルケア ・ 受診科がわからない					
疾患	慢性疼痛 ・ 関節リウマチ ・ 膠原病 ・ 線維筋痛症 ・ 頭痛 ( 片頭痛 ) ・ 痛風 ・ SAPHO症候群 ・ 掌蹠膿疱症 ・ 皮膚症状 ・ 関節痛 ・ 肝臓病 ・ その他 ( )				
受診希望曜日	月・火・水・木・金・土	受診希望時間帯	午前・午後(土は午前のみ)		
現在受診されている医療機関名					
受診希望医師がある方はご記入ください					
医療機関からの紹介状	ある ( 医療機関名 ・ 医師名 ) ・ ない				
現在の症状 ・ きっかけ(原因) ・ 発症時期 ・ お薬等 をわかる範囲で ご記入ください					

受付日	予約案内日	予約日時	専門外来	担当DR

ご連絡先 FAX : 03-5157-3913