

《 患者登録票 》

受診日： 年 月 日

★ ふりがな (.....)

★ お名前 (.....) 男性 ・ 女性

★ 生年月日 大正・昭和・平成・令和 ( )年 ( )月 ( )日 ( )歳

★ ご住所 〒

★ 電話番号 《注意》PCR検査を受ける場合、当院の医師から陽性者へ、お電話をさし上げます。  
その際に、おかけしても良い電話番号を記載して下さい。  
※相違がないか、確認もよろしく願いいたします。

・ 自宅 ( )-( )-( )

・ 携帯 ( )-( )-( )