

Card of examining in an interview

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| 名前 name | 年齢 age | 性別 sex |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 住所 address | | |
| <input type="text"/> | | |
| phone | fax | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| E-Mail | | |
| <input type="text"/> | | |
| 病名・症状(主症状を中心に)等、ご自身でわかる範囲でご記入ください。 | | |
| <input type="text"/> | | |
| 現在服用中のお薬・健康食品、また、今までに患った大きな病気・アレルギーの有無などご記入ください。 | | |
| <input type="text"/> | | |

この問診カードに必要事項を記入の上、初診受付時、直接受付にて提出してください。



北島眼科クリニック

〒381-0042 長野市稲田 3-13-1

phone 026-213-0205 fax 026-213-0206

診療時間

午前9:00~12:00

午後2:30~ 5:30

休診日

日曜・祝日・水曜午後・土曜午後