

# リアルフコイダン メディカルアドバイザー健康相談申込書

申し込み日: 年 月 日

## ☆申し込み手順

下記必要事項を記入していただきFAXにてお申し込み下さい。



確認後、健康相談の予約日時をお知らせいたします。

※予約状況により、ご相談まで2～3週間かかる場合がございます。予めご了承の程願います。

TEL:082-229-0077

FAX:082-229-0068

ご相談者名		患者様との続柄	
TEL	( ) -	E-mail	
住所	〒 -		
希望相談日時	( )曜日 ( )時頃 または ( )月( )日( )時頃		

## 患者様情報

フリガナ		年齢	年 月 日生まれ
氏名		( 歳)	性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
かかりつけ病院名		主治医名	
病歴 できるだけ 詳しく	病名	基礎疾患 合併症	(高血圧、糖尿病等)
	既往歴	(過去の大きな病気や手術等)	
	いつから		
	進行状況	(検査データがわかる場合はできるだけ記入、または別途添付してください)	
	症状		
ご相談内容			

## ☆メディカルアドバイザー

土井クリニック戸坂 院長 土井龍一

広島市東区戸坂大上4-21-26

TEL:082-220-0055

URL:[http://st-ruis.jp/doi\\_clinic/](http://st-ruis.jp/doi_clinic/)

ご予約時間 (弊社記入)	年 月 日 時 分にて ご予約させて頂きました。(都合が悪い場合はご連絡下さい) 電話でのご相談は当日の予約時間に直接、クリニックへご連絡下さい。
-----------------	---