

よしこ眼科クリニック 眼科ドック申込書

記入日 年 月 日

(フリガナ)	
お名前	
生年月日	(西暦) 年 月 日 年齢 歳
ご住所	
電話番号	どちらか一方を必ずご記入ください
	自宅
	携帯電話

眼科ドックを申し込みます。該当する項目に○をして下さい。

	眼科ドックA		12,000円税込
	眼科ドックB		8,800円税込
	眼科ドックC		3,300円税込
	オプション	視野検査	4,400円税込
		色覚検査	1,100円税込

◆問診 該当する項目に✓をして下さい

1. アレルギーはありますか？ はい いいえ

はいの場合は・・・

具体的に（)

医薬品等は分かる範囲で結構です

2.女性の方は 妊娠中ですか はい いいえ

◆ご確認事項 了承される場合には✓をして下さい

1.ごく稀ですが、急患がいらした場合には待ち時間が発生することがあります。

了承します

2.当日は治療のための薬の処方はできかねます。

了承します

3.全額自己負担となります。

了承します

4.現金で当日前払いとなります。

了承します