

よしこ眼科クリニック 眼科ドック申込書

記入日 年 月 日

<small>(フリガナ)</small>	
お名前	
生年月日	<small>(西暦)</small> 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		11880 円税込
	眼科ドックB		8640 円税込
	眼科ドックC		3240 円税込
	オプション	視野検査	4320 円税込
		色覚検査	1080 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ほできかねます。

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