

女性ライフクリニック新宿から

女性ライフクリニック銀座へのご受診希望の方へ

以下の問診票の太枠内にご記入いただき、FAXしてください。
FAXができない方は、問診票の内容をメールにてお送りください。

新宿院ID	
お名前	フリガナ 様
生年月日	昭和／平成 年 月 日(歳)
住所	〒
電話番号	
新宿院での 受診状況	最終来院日 年 月 日
	最後の受診で処方された薬の種類と処方日数をご記入ください
今回ご希望 の処方内容	お薬の種類と処方日数をご記入ください 最大で2ヶ月(60日)分の処方ができます
	ご希望の受け取り方法 <input type="checkbox"/> コレクト便 <input type="checkbox"/> 来院受け取り <input type="checkbox"/> 銀座院で診察

※初診登録料として¥3000(税別)がかかります。

※ヤマトコレクト便の場合は、コレクト手数料¥330と宅配送料が別途かかります。

※診察ご希望の方にはクリニックよりお電話にてご連絡いたします。ご連絡には3日程度要することがございますがご了承ください。



FAX: 03-3535-2994

メール：info@w-wellness.com

クリニック使用欄

医師	事務