

ID

年 月 日

以下のご記入をお願いいたします。

フリガナ	生年月日
お名前	年 月 日
郵便番号 住所	電話番号

\*今までかかった事のあるご病気はありますか？

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ がん ( )

その他の疾患 ( )

\*現在服用中のお薬はありますか？

なし ・ あり ( )

以下をお読みください。

<診察について>

初回は、先生の間診があるため、通常診察の順番となります。

2回目以降は、受付にて診察券をお出し頂き、お待ちください。

看護師が呼びいたします。先生よりお変わりはないかなどの間診があります。(初回ほどお待たせいたしません。)

\*2回目以降は 来院日より3日以上前にクリニックにお電話ください。(お薬を準備いたします。)

<お薬について>

\*お薬は プロペシア28日分 8500円 ザガーロ30日分 10000円

フィナステリド28日分 6500円 となります。

\*初回のみ診察料 3000円を別途頂きます。

医療保険は使えませんので、自費診療となります。ご了承ください。

お薬は 院内処方となりますので、会計時に 袋に入れてお渡しいたします。

診察後、受付にてお会計を済ませてから お帰りください。

副作用などの 確認のため、1. 2回目の診察は 28日分までの処方とさせていただきます。

3回目以降は、84日分(約3か月分) 処方出来ます。3か月分ご希望の場合は、お声かけください。

以上 ご確認いただけましたら、ご署名をお願いいたします。

ご署名 \_\_\_\_\_