# 生活習慣病撃退教室申込み用紙

| フリガナ | 性　別 | 身長 | 体　重 |
|---|---|---|---|
| 氏　名 | 男・女 | cm | kg |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日　　（満　　歳） | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号　　（　　） | 携帯電話番号　　－　　－ | | |
| FAX　　（　　） | ご連絡差し上げる場合にご都合がよろしい曜日・時間帯などありましたらご記入ください。【　　】 | | |

現在服用中の薬はありますか。

はい・いいえ

病名

（　　）

内服薬の種類（名前）

（　　）

アレルギーはありますか。

はい・いいえ

食物　（　　）

薬　（　　）

その他　（　　）

既往歴（整形外科的な疾患も含む）はありますか。

（　　）

※ 完全予約制のため定員に達している場合はご予約できませんのでご了承ください。ご確認いただく場合は診療所までお電話ください。

ご希望の開始日はいつですか?

●予約を取る前に詳しい内容(※)を講師から直接聞きたい。　　/　　（金）

●第1希望　　/　　（金）

●第2希望　　/　　（金）

※ ダイエットに関する質問にはお答えできません。

紹介者がおりましたらお書き下さい。

（　　様より）

ご記入が終わりましたら診療所受付までお持ちいただくか、郵送・FAXにて当診療所までお送りください。なお、予約日時等の確認のお電話をさせていただく場合がありますので、電話番号は忘れずにご記入ください。


大塚北口診療所
東京都豊島区北大塚2-6-12　青木ビル　1階
TEL　03-3949-1141　　FAX　03-5961-7472

大塚北口健康管理クリニック
東京都豊島区北大塚2-6-12　青木ビル　3階
TEL　03-3940-5689　　FAX　03-3940-5686