

診療予約フォーム

Reservation form

東新宿こころのクリニック(東京都 新宿区) への診療予約

- ご予約は、本日より1日後以降でお願いいたします。(例：本日が月曜の場合は、火曜日以降での予約をお願いします。)
- 予約を希望される医療機関の診察時間をご確認頂き、第三希望までご希望の日時を入力してください。
- 診察時間
月・木 15:00～19:00
火・水・金 10:00～13:00 15:00～19:00
土 10:00～15:00
休診日:日曜・祝日

※ご注意 当クリニックからのご予約確認のご連絡はお電話のみとなります。現在メールでの対応は行っておりません。何卒ご承知おきください。

Please fill out the following. Also be advised, that reconfirmations regarding the reservation will be done by telephone

Full name	
お名前	<input type="text"/> 必須
Surname (for confirmation)	
お名前ヨミ	<input type="text"/> 必須
Home address	
住所	<input type="text"/> 必須
Telephone number	
電話番号	<input type="text"/> 必須
入力間違い防止のためもう一度記入下さい Please fill out two times for confirmation	
<input type="text"/>	
(ご連絡を取りやすい番号・携帯でも可です。)	
メールアドレス	
<input type="text"/> 必須	
入力間違い防止のためもう一度記入下さい Please fill out two times for confirmation	
<input type="text"/>	
Gender	<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female
性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
Date of birth	
生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 例) 昭和40年1月10日
	Year Month Day
Regarding your chief concern	
来院目的：	
◇いつから (例、2日ほど前から) What is it about?	<input type="text"/>
◇どのあたりに (例、全身) When did it start?	<input type="text"/>
◇どのような症状が (例、38度の熱が出て、市販薬を飲んでも下がらない) What are your primary symptoms?	<input type="text"/>

◇アレルギーは **Do you have any allergies?** (○Yes ○No)

ある ない

◇既往症（なければ空白で結構です） **Do you have any other medical problems?** (If not, please leave as blank)

来院希望日: **Desired date and time**
(Dr. Morita will be in on Wednesdays and Saturdays, but please keep in mind that we may not be able to meet your request)

First choice 第一希望 月 日 時台 **必須**

Second choice 第二希望 月 日 時台 **必須**

Third choice 第三希望 月 日 時台 **必須**

Month

Date

その他のご要望・ご質問事項 **Other issues or questions**

確認画面へ

Confirmation before sending
There will be a similar send
button on the next page.