

# 受付票

記入日 平成 年 月 日

## ご本人様について

ふりがな		生年月日	T・S・H	年	月	日	歳	男・女
氏名		自宅番号						
		携帯番号						
住所	〒							
職業 ・ 作業所	勤務先・作業所名							
	勤務・作業所先 電話番号							

## ご本人以外の連絡先

ふりがな		続柄					
氏名		自宅番号					
		携帯番号					
住所	〒						

### ★利用している薬局名

薬局名：

連絡先：

### ★運転免許について

( ) 持っていない ( ) 持っているが運転はしていない ( ) 持っていて運転している

### ★自立支援制度について

( ) 知っていて利用している ( ) 知っているが利用していない ( ) 知らない

※その他の助成制度を利用している（例：難病、心身障害など）

上記以外の連絡先、あるいはお電話させていただく際に配慮すべきことがありましたら下の欄にご記入ください。  
(検査の結果などによっては、急いで再検査や他の医院を受診していただくようご連絡させていただく場合がございますので、ご了承ください。)

--

