**インターネット依存　オンライン医療相談申込書兼問診票**

貴院ホームページ掲載の「オンライン医療相談・カウンセリングについて」の事項に同意の上、貴院に申し込みをいたします。

記入日　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　相談者署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【ご相談者】

ふりがな

お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　 患者さんとの続柄

住所：

ご連絡先 自宅　　　　　　　　　　 　 携帯

【患者さん】

ふりがな

お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  |  |



















|  |  |
| --- | --- |
| 生年月日：明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日　年齢　　　歳 | |
|  |  |