

## 予診票（自費診療）

氏名 性別 生年月日 年 月 日

住所 〒 —

電話番号

車のナンバー

希望する検査方法（希望する検査方法に○をつけてください）

鼻腔検査（3万円）

唾液検査（2万5千円、2mlの唾液が必要となります）

保険証・医療証（提示してください）