

予診票（自費診療）

氏名

性別 男・女 生年月日 年 月 日

住所 〒 ー

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（2万5千円） ・唾液検査（2万5千円）

保険証・医療証（提示してください）