診察申し込みカード

ID:　　20　　年　　月　　日

フリガナ			性別
氏名	姓	名	男 / 女
生年月日：　　年　　月　　日（　　歳　　カ月）			
現住所	〒　　－		
	＊アパート・マンション名・部屋番号をお書きください		
電話番号		緊急連絡先	
過去、現在に就かれていたご職業をできるだけ具体的に教えてください。（15 歳未満は記載不要） ＊複数記載可 ＊回答は、生活と労働から疾病をとらえるための指標とさせていただきます			

＊アンケートにお答えください

・当院のご利用ははじめてですか

①　はい　　②　　いいえ

①　の方は、当院を選んだ理由をお聞かせください（複数回答可）

・家族がかかっている	・知人の紹介	・友の会の案内を見て
・他院からの紹介	・家が近いから	・送迎バスがあるから
・看板、広告を見て	・ホームページをみて	
・その他（　　）		

※ プライバシー保護の対応について

当院では、患者様のお呼び出しの際に、お名前にてお呼びしております。

お名前の呼び出しを希望されない方は、ご配慮いたしますので窓口までお申し出下さい。

個人情報提供等承諾書の記載をお願い致します