

# 診療申込書

受診日： 年 月 日

フリガナ				性別
氏名				男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)			
現住所	〒 -			
	自宅電話番号	( ) -	携帯電話番号	( ) -
勤務先			勤務先電話番号	( ) -
※ 緊急時の連絡先としてご記載いただいております。ご協力をお願い致します。				
本人以外の緊急連絡先	氏名：	(続柄： )	緊急連絡先電話番号	( ) -

※ 健康診断、人間ドックを受けられる方は、以下の記載は不要です。

当院を選ばれた理由を教えてください。(該当する項目全てにレ点をつけてください。)

①	<input type="checkbox"/>	家族 (受診中・入院中・以前受診した人【 】)の紹介
①	<input type="checkbox"/>	知人 (受診中・入院中・以前受診した人【 】)の紹介
②	<input type="checkbox"/>	雑誌を見て (雑誌名： )
②	<input type="checkbox"/>	広告を見て (看板・車内広告・ )
②	<input type="checkbox"/>	インターネットを見て
③	<input type="checkbox"/>	自宅が近いため
③	<input type="checkbox"/>	家族の家が近いため (住所：南・北 条 西・東 丁目・ )
③	<input type="checkbox"/>	職場から近いため (住所：南・北 条 西・東 丁目・ )
④	<input type="checkbox"/>	他の病院・診療所からの紹介 (病院・診療所名： )
⑤	<input type="checkbox"/>	以前にかかったことがあった (時期： )
⑥	<input type="checkbox"/>	その他