

診察申し込み用紙

ID: \_\_\_\_\_ 年 月 日

フリガナ			性別	男 ・ 女	
氏名					
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	日 歳
住所	(〒 - )				
電話番号			携帯電話又は家族の連絡先		
●本日受診される傷病の原因は下記に該当しますか？ はいの場合は該当するものを○で囲んで下さい。			はい	いいえ	
交通事故でのケガ・仕事中又は通勤途中のケガ・ケンカでのケガ・自傷行為によるケガ					
●現在、どちらかの施設に入所中ですか？			はい	いいえ	
施設名					
●過去に当院を含め、下記系列病院を受診したことはありますか？			はい	いいえ	
当院 ・ 北原国際病院 ・ 北原RDクリニック ・ 北原リハビリテーション病院					
●本日紹介状はお持ちですか？	はい	医療機関名			いいえ

～ アンケートにご協力をお願いいたします ～

●当院をどちらで知りましたか？該当するものを○で囲んでください。 ※複数回答可能		
家族の紹介 ・ 知人の紹介 ・ 北原国際病院から紹介 ・ 他院から紹介 ・ 当院のホームページ 道路脇の看板 ・ 駅案内板 ・ 市役所の掲示 ・ バス車内広告 ・ facebook		
●八王子FMの北原ライフサポートラジオを聴いたことがありますか？	はい	いいえ