

診察申し込み用紙



ID:

年 月 日

①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→③へ・いいえ→②へ	
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			
②当院をどちらで知りましたか？該当するものを全て○で囲んでください。			
<p>家族の紹介・知人の紹介・他院から紹介・当院系列病院から紹介</p> <p>当院のホームページ・当ビル掲示板・正面入口電子案内板・facebook</p> <p>YouTube・道路脇の看板・市役所の掲示・バス車内広告・駅案内板</p> <p>その他( )</p>			
フリガナ		性別	男・女
③氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 歳
住所	(〒 - )		
電話番号		家族電話番号(続柄)	( )
④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・工作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			