



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。			
EPARK ・ 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・当院のホームページ ・ 正面入口の大型モニター facebook ・ YouTube ・ 道路脇の看板 ・ 市役所の掲示 ・ バス車内広告 ・ 駅案内板 その他()			
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			