



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。			
朝日新聞広告 ・ EPARK ・ 他院から紹介(紹介状持参等)			
家族/知人の紹介 ・ 当院のホームページ ・ 正面入口の大型モニター			
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	(〒 - )		
携帯番号 (本人)		家族緊急連絡先(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 (例:リストカット等)			