

当院をご受診される方へ

※ ご記入が難しければスタッフがお手伝いをさせていただきます。

申込日	年 月 日		
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日
現住所 連絡先	〒 ー		
	市・区・町・村		
	TEL	() ー	本人携帯 () ー
緊急連絡先 ※緊急時に のみ使用	フリガナ		
	氏名		患者様とのご関係
	緊急時 携帯電話		
当院の受診は初めてですか? はい ・ いいえ			
介護保険	介護保険をお持ちの方はご記入ください 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ケアマネージャー:		
ご紹介	ご紹介者さまがいらっしゃれば、差支えない範囲でご記入ください 1. インターネット 2. 知人・ご家族のご紹介 () さま) 3. 新聞・雑誌・テレビなどの特集・広告		

【ご希望になられる診療を教えてください（複数チェック可）】

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 院長の診察 | <input type="checkbox"/> 女性医師による診療 |
| <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 心療内科 |
| <input type="checkbox"/> 在宅診療の相談がしたい | <input type="checkbox"/> 人間ドッグ・健康診断・検診の受診 |
| <input type="checkbox"/> 他院から紹介状あり () | <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン |

←待ち時間の最も短い外来を希望される場合にはチェックをお願いします。

当日に最も早く診療できる、院長以外の医師がご担当させていただきます。

院長外来はすべてご予約での診察とさせていただきます。

インターネットや窓口、電話受付でご予約をお取りいただけます。急を要する場合はお電話にてご相談ください。

ありがとうございました。問診票の情報は個人情報として診療以外の目的に使用しません。

