

# 診察申込書

ID No.

年 月 日

フリガナ			男 ・ 女
お名前			様
生年月日	西暦	年 月 日	
電話番号	- -		
日中の連絡先 <small>(携帯電話等)</small>	- -		
住所	〒	-	都道府県
	市区町村		
どちらで当院の事をご存知になりましたか？(該当箇所にご記入、またはチェック☑をいれてください)			
<input type="checkbox"/> インターネット ( <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告サイト(サイト名: ) )			
<input type="checkbox"/> ビルの看板			
<input type="checkbox"/> 他院からの紹介(病院名: )			
<input type="checkbox"/> 知人・家族( )様からのご紹介			
<input type="checkbox"/> その他( )			

本日はどのような理由、症状で受診されましたか？

いつごろからですか？

※2枚目もご記入お願いいたします。



麹町消化器・内視鏡クリニック

Kojimachi Gastroenterology and Endoscopy Clinic