

No.

外来受診受付票

月 日

受診科目	内 科	呼 吸 器 内 科	脳 神 経 外 科	整 形 外 科	外 科	皮 膚 科
ふりがな						
受診者氏名	男 女					
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日 () 才					
世帯主氏名						
現住所 ※番地やアパートの 番号まで詳しく	〒					
TEL (自宅)						
TEL (携帯電話)						
TEL (緊急連絡先)						

当院を受診された理由について、○をつけて下さい

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 自宅や職場に近いから | 2. 他院からの紹介 |
| 3. 知人からの紹介 | 4. 広告や雑誌、看板を見て |
| 5. インターネットで調べて | 6. 当院で健診・ドックを受けた |
| 7. その他 () | |