

診療申込書

登録番号 年 月 日

フリガナ		生年月日	性別
氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)	男・女
住所	〒 _____		
電話番号	(自宅)	(携帯)	

1) 当院への受診のきっかけを教えてください。あてはまるものすべてに☑をお願いします

専門治療を受けたい セカンドオピニオンを受けたい 入院病床を有しているから 病院ホームページを見て

地域情報誌を見て かかりつけ医の紹介 (町田市 川崎市 横浜市 稲城市 その他)

現在入居中の施設名(_____) その他(_____)

2) 当院の講座・イベントに参加したことがありますか？ ある ない

3) 現在ご利用中の介護サービスがあればご記入下さい

居宅事業所名 _____ 訪問看護 事業所名 _____



確認	登録
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>