

予診票

ふりがな

お名前 _____ 男・女

ご住所 〒 _____

自宅電話番号 _____

生年月日

S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ か月)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

学校・幼稚(保育)園名 _____

携帯電話番号 _____

以下、可能な範囲でご記入下さい。

① 主訴（相談したいこと、聞きたいこと）をご記入下さい。

[]

② 家族構成をご記入下さい。

[]

③ その他、何かございましたらご記入ください

[]

④ (アンケート) 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

(a) 医院の前を通りかかって見かけた

(b) ホームページを見た

(c) インターネットで見たと (ホームページ以外)

(d) お知り合いから聞いた

(e) 保健センターや市役所で聞いた

(f) 看板を見た

(g) その他 (_____)