

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つめた (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 (_____) | |