

平成 年 月 日

初診時受付票

以下の内容にお答えできる範囲でご記入ください（家族相談の場合は、ご本人について記入してください）

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日 T・S・H	年 月 日
		年齢	歳 (西暦)
住所 〒			
優先的に連絡をご希望の順に記入願います	①	—	— (携帯 自宅 職場)
	②	—	— (携帯 自宅 職場)
必ず連絡のつく番号をお書きください	緊急連絡先	—	— (携帯 自宅 職場)
当院をどのように 知りましたか？	<input type="checkbox"/> 他病院 ()からの紹介 <input type="checkbox"/> 役所 () <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 紹介誌 (ホームドクター・HO!・新聞) <input type="checkbox"/> 他 ()		
紹介状、または診療情報提供書はお持ちですか？	(いいえ ・ はい)		
自立支援受給者証はお持ちですか？	(いいえ ・ はい)		
どなたと来院されましたか？			

ご一緒された方も記入をお願いします（家族相談の場合は、来院された方について以下にご記入ください）

ふりがな 氏名	間柄	生年月日 T・S・H	年 月 日
		年齢	歳 (西暦)
住所 〒			
優先的に連絡をご希望の順に記入願います	①	—	— (携帯 自宅 職場)
	②	—	— (携帯 自宅 職場)
必ず連絡のつく番号をお書きください	緊急連絡先	—	— (携帯 自宅 職場)
< どのようなことでお困りですか？ >			

裏面に、ご本人のご相談内容をご記入ください

