

患者登録（変更）票

初診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診者

フリガナ		生 年 月 日	大正				
氏 名	男・女		昭和	年	月	日	歳
			平成				
			令和				
ご住所	〒 _____						
お電話	ご自宅 (_____)	携帯 (_____)					

当病院を選んだ理由をお聞かせください

- | | | | |
|-----------------|-----------------------|------------|------------|
| 1.近くにある | 2.交通の便が良い | 3.知人・家族の勧め | 4.専門医がいるから |
| 5.ホームページを見て | 6.他の医療機関の紹介 (_____) | | |
| 7.その他 (_____) | | | |

三和病院