医療法人社団勝榮会
いりたに内科クリニック

クリニック記入欄 No.

来院日　　年　月　日

診察申込書

ふりがな
氏名

性 別　男　女

生年月日　大・昭・平・令　　年　月　日

住 所　〒

電話番号　自宅　（　　）　/ 携帯　（　　）

◆来院のきっかけを教えて下さい。

1　知人の紹介　　2　家族の紹介　　3　他医療機関からの紹介

4　区からの案内や情報誌を見て　　5　通りがかりで看板などを見て

6　インターネットで見て（該当のものにチェックをお願いします）

□当院ホームページ　□その他紹介サイト（　　）

7　その他（　　）

◆当院のホームページをご覧になった方へ、感想をお聞かせください。

□ 見やすかった　　□ 見づらかった

上記チェックの理由をぜひお聞かせください。　＊お声はすぐに院内で検討し、より良いサイト作りへ反映させていただきます！

（　　）

※　カルテ作成にお時間をいただきますので、同時刻に来院された再診の方が先になることがありますが、ご理解下さい。
※　患者様にご記入いただきました個人情報は、個人情報に関する法令を遵守し、ドクター・スタッフ共々適切な保護に努めます。

Copyright (C) 2019 IRITANI MEDICAL CLINIC