

受診日：

診療申込書／登録内容変更申請用紙

オンライン資格確認システムを利用しての 保険証・限度額適用認定証等の照会に同意する。	☐ 同意する ☐ 同意しない
---	--

来院時間	：		
フリガナ		性 別	旧 姓
氏 名		男 ・ 女	
生年月日	西暦 年 [大正・昭和 平成・令和 年] 月 日 (才)		
住 所	〒 —		
電話番号		携帯電話	
緊急時 連絡先	TEL _____ 氏名 _____ 続柄 _____ □自宅 □携帯 □会社 □その他 ()		
今までに当院で診療を受けた事がありますか？	あり	なし	
紹介状はお持ちですか？	あり	なし	
本日、予約はありますか？	あり	なし	

※交通事故、労災等での受診の場合は受付へお申し出ください。

来院された皆様へのサービス向上を目指しております。今後の参考とする為、下記のアンケートにご協力ください

当院をお選びいただいた理由は？（複数回答可）		
A：他院からの紹介	B：家族・知人からの紹介	C：公開医学講座
D：いい病院（雑誌）	E：日経実力病院（雑誌）	F：名医のいる病院（雑誌）
G：その他【雑誌・新聞】（ ）		
H：自宅・職場が近い	I：O's NEWS（広報誌）	J：ホームページ
K：病院検索サイト	L：掲示板サイト	M：明石駅（看板）
N：行政からの情報	O：救急車	P：SNS
Q：テレビ・CM	R：その他（ ）	

当院の情報を配信希望の方は下記にメールアドレスをご記載下さい

e-mail	@
--------	---

病院記入欄

目付： . . .

患者 I D:

--	--

救急隊: