

診療申込書



太枠の中をご記入下さい

申込年月日:

フリガナ		男	患者ID			
氏名			女 様	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
		〒 -				
電話番号	自宅 : ()	携帯 : ()				
緊急連絡先	氏名 : ()		様 続柄()			
	電話番号 : ()					
	※必ずご記入下さい。					

* 記入して頂いた情報は、患者情報以外には使用致しません。

* 紹介状やCD-ROM、他院検査結果等をお持ちの方は必ず受付にご提出ください。

アンケートご協力をお願い

当院では、患者さまサービス向上の一環としてアンケートを実施しております。
お手数をお掛けしますがご協力のほどお願い致します。該当する物にチェック☑して下さい。

① 患者さまの性別と年代を教えてください。申込書と重複して恐縮ですがご回答をお願いします。

男性 女性

10歳未満 10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代以上

② 当院をどのようにしてお知りになりましたか？（複数回答可）

インターネット ご紹介(家族・知人) ご紹介(他の医療機関) 看板・車内広告など

近隣にお住まい・お勤め 区健診後の精密検査 その他()

③ ②で「インターネット」と回答頂いた方へ、どちらのサイトをご覧になりましたか？

当院のホームページ 系列病院・クリニックのホームページ クチコミサイト まとめサイト

④ ②で「インターネット」と回答頂いた方へ、どのようなキーワードで検索なさいましたか？

()

⑤ ①で「看板・車内広告など」と回答頂いた方へ、どちらの看板等で当院をお知りになりましたか？

赤羽駅北口案内図 クリニック窓看板 東十条駅看板 その他()

アンケートにご協力いただき誠にありがとうございました。