

初診申込書 (眼科)

--	--	--	--	--	--	--	--

近視矯正手術を
(希望する・希望しない)

多根記念眼科病院

年 月 日
時 分

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名	(男・女)		年 月 日 (歳)
住所	(〒 -)		
電話	(自宅) - - (携帯) - -	勤務先名	(電話) - -

ご来院された理由をお聞かせください。

(複数回答可)

- ◆以前にかかったことがある (年前)
- ◆他病院・他医院の紹介 ()
- ◆医療の評判がよい
- ◆知人にすすめられた
- ◆その他 ()

多根総合病院・多根脳神経リハビリ病院
の受診歴はございますか。

(ある・ない)

記入後、問診票(初めて診察を受けられる方へ)
・保険証(紹介状・医療証など)といっしょに
初診受付へお出してください。