

初診申込票 & 問診表

ふりがな					女性・男性	職種	
氏名							
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日生	(満	歳)	
住所	(〒 -)						
電話番号		Fax		身長		体重	
紹介医				cm		kg	

※当てはまる□にチェック をお願いします。

当院を何でお知りになりましたか？

インターネット(HPやブログ)
 知り合いからの紹介や口コミ
 看板
 さむら脳神経の資料
他の医療機関(医療機関名:)
 電話帳
 はがき
テレビ(RBC)
ラジオ
うちわ
その他()

食事または薬剤にアレルギーがありますか？
 はい
いいえ
 「はい」の方→アレルギーのある食事または薬剤を記入願います。
 ()

今飲んでいるお薬はございますか？
 はい
いいえ
 『はい』にチェックをされた方へ、お薬手帳をお持ちであれば、受付スタッフへご提示ください。
 ※今後当院から診療案内等のハガキの郵送を希望されない場合は、チェックを記入してください