

# 診療申込書

太枠の中をご記入下さい。

申込年月日： 年 月 日

フリガナ				患者ID
氏名			生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 平成 ( 歳)
現住所	〒 -			
電話番号	自宅： ( )		携帯： ( )	
緊急連絡先	氏名： 様 続柄( ) 電話番号： ( ) ※必ずご記入ください。			

※ご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。

## ☆アンケートのお願い☆

当院をどのようにお知りになりましたか

下記の事項より該当する番号を○で囲み、お選び下さい。(複数回答可)

- インターネット  
⇒当院ホームページ・寺田病院ホームページ・その他( )
- 看板 どの看板？⇒巢鴨駅(JR・三田線) 三田線車内、不忍通り、本郷通、駒込  
その他( )
- 知人からの紹介
- 医師からの紹介⇒寺田病院、岩垂純一診療所、その他( )
- 新聞・雑誌⇒タウンページ、その他( )
- 通りがかり
- その他( )

ご協力ありがとうございました。