

フリガナ

氏名

性別 男 ・ 女

生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 歳

(〒 -) 住所

電話番号

携帯電話又は家族の連絡先

●当院ではお呼び出しの際、患者様のご案内をわかりやすくする為に、患者様に対してお名前でお呼びしております。ご理解頂き、ご承諾いただけますか？ ⇒ (はい ・ いいえ)

●現在、どちらかの施設に入所中ですか？ (はい ・ いいえ)

⇒「はい」の方は施設名の記入をお願い致します。施設名

●本日はどのような交通手段でいらっしゃいましたか？下記に○囲みをして下さい。

【 自家用車 ・ タクシー ・ バス ・ 電車 ・ 徒歩 ・ 自転車 ・ その他 】

●当院への受診が初めての方にお聞きします。当院はどちらで知りましたか？下記に○囲みをして下さい。

家族の紹介 看板を見た 知人の紹介 近所に住んでいる 電話帳 1タウンページ

インターネット 他院の紹介() その他()

●受診歴:下記の医療機関に受診歴があるか、下記の医療機関名に○囲みをして下さい。

【 北原国際病院(または北原脳神経外科病院) ・ 北原リハビリテーション病院 ・ 北原RDクリニック ・ 北原ライフサポートクリニック 】

※紹介状を持参している方は受付のスタッフに必ず提出をお願い致します。