

# 診察受付用紙

初診日 年 月 日

☆診察を受けられる方の情報をご記入ください。

フリガナ	
名前	
生年月日	S・H 年(西暦 年) 月 日生まれ
年齢	才 カ月
性別	男 ・ 女
住所	〒 -
マンション名・集合住宅など	号室
電話番号	( ) -
携帯電話番号	( ) -
e-mail：クリニックのお知らせメールを送信しても良い方は、ご記入をお願いします。 @	

この度は、数あるクリニックの中から当クリニックにおいでいただき、大変有難うございます。今後の活動の参考にご教授ください。

• アンケートのご記入をお願いします。

☆当クリニックをどこでお知りになりましたか？

に当てはまるものにレ点をつけてください。

- 近所       電車内広告  
 知人       インターネット  
 チラシ       看板  
 その他 ( )

ご協力ありがとうございました。  
一社アレルギー科こどもクリニック 院長