

受付票

※禁煙外来をご希望の方は、受付にお申し出ください。

記入日 年 月 日

氏名	フリガナ	男・女	生年月日
			昭和・平成 年 月 日
住所	〒	電話番号	
		携帯番号	

【当クリニックをどのようにお知りになりましたか】

当てはまる数字と[]の内容に○をつけてください。その他の場合は、余白にご記入ください。

1. 検索エンジン [グーグル ・ ヤフー ・ その他]
2. 病院検索サイト [病院なび ・ ひまわり ・ お医者さんガイド ・ その他]
3. 紹介 [会社関係者 ・ 知人 ・ その他]
4. その他 []

医療機関 記入欄	患者番号	保険者番号	本人・家族	記号	番号	有効期限	資格取得日