

受診者登録票

コンピュータに登録させていただきますので、ご記入をお願いいたします。
情報が外部に流出することはありません。

1. 本日、診察を受けられる方のお名前をご記入ください。
(2名以上診察を受けられる方は、空いている箇所にご記入いただければ結構です)。

ふりがな _____
お名前 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) (男 ・ 女)
2. 普段かかられている小児科がありましたら、ご記入ください。
(_____)
3. 本日、診察を受けられる方以外に、ご兄弟、ご姉妹がいらっしゃる場合は、
全員のお名前をご記入願います。
(コンピュータの二重登録防止のために伺っています。もれがないようにお願いいたします。)

① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____ ⑤ _____
4. ご自宅について、ご記入をお願いいたします。
〒 _____
ご住所 _____
5. 電話番号 (2ヶ所以上ご記入ください。)
携帯 _____ - _____ (父・母・祖父・祖母)
携帯 _____ - _____ (父・母・祖父・祖母)
ご自宅 _____ - _____
ご実家 _____ - _____
6. 帰省中または旅行中の方は、滞在先についてご記入をお願いいたします。
ご住所 _____

滞在期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 予定