診療申込書

医療法人 下谷内科

年　　月　　日　　No.

診療種目	○で囲んでください　内　科　肛門科　アトピー		
フリガナ 氏 名			男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　年　月　日生		才
住　所	〒　－		
電　話	自宅　（　）	携帯　（　）	
職　業			
世帯主		続柄	

★現在の症状を簡単にご記入ください

当医院に以前受診されたことがありますか

はい　（　年　月頃受診）　いいえ

いいえの方は、来院のきっかけはどの様なことからですか、下の中から該当するものに○印をお願いします。

１：家族が来院中　２：知人の紹介　３：近所　４：近所の人の紹介　5：バスの広告　６：町の看板
７：タウンページ（黄色）　８：タウンガイド（赤色）　９：本を読んで　１０：テレビを見て
１１：インターネット【閲覧されたサイトは：　当院 HP　Google　EPARK　その他（　）】
１２：ぱど　１３：その他