

問診票

平成 年 月 日

(カナ)

氏名 _____ 性別 (男 女)

生年月日 _____年____月____日

郵便番号 (〒 _____)

住所 _____

電話番号 (自宅) _____

(携帯) _____

受診された理由 (簡単に)

本日の体温 _____度 身長 _____cm 体重 _____kg

当院を選ばれた理由

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 家から近いから | <input type="checkbox"/> 三菱病院で受診したことがある |
| <input type="checkbox"/> 知り合いから聞いた | <input type="checkbox"/> 他の医療機関の紹介 |
| <input type="checkbox"/> ホームページを見た | <input type="checkbox"/> 前を通ったことがあり知っていた |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

ご協力ありがとうございました。

* この問診票から得られた情報は、診療以外の目的には使用致しません。