

# 受付票

フリガナ	
氏名	男女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 才
住所	〒
電話番号	自宅 ( ) 携帯 ( )
日中連絡のとれる番号 自宅・携帯・その他( )	
当院受診のきっかけ	近隣・紹介・ホームページを見て・その他 ( )

※病院から登録先の電話番号に連絡させていただく場合がございますので、ご了承下さい。

※当院では、患者様間違いを防止する為に受付・診察時にお名前でお呼びしております。不都合がある方は、ご遠慮なく受付にお申し出ください。