

診療申込書

登録番号	—	年	月	日
フリガナ		生年月日		性別
氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)		男・女
住所	〒 _____			
電話番号	(自宅)	(携帯)		

1) 当院への受診目的

- 内科 もの忘れ外来 その他 ()

2) 当院を知った きっかけ について (複数回答可)

1. 紹介 »【 他院から 家族 知人 】
2. イベント »【 公開講座 その他() 】
3. メディア »【 新聞・雑誌 その他() 】
4. インターネット »【 当院ホームページ Googleなどの検索情報 病院ポータルサイト 】
5. 各種案内 »【 看板 道路案内標識 町田市役所のデジタルサイネージ 】
6. シャトルバス
7. 自宅から近い
8. その他 ()

確認	登録