

# 診療申込書



太枠の中のご記入をお願いします

申込年月日:

フリガナ		患者ID	
氏名		性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 )		
現住所	〒 -		
電話番号	自宅: ( ) 携帯: ( )		
緊急連絡先 (本人以外)	氏名: 続柄: 電話番号: ( ) 携帯番号: ( )		

※必ずご記入をお願いします※

ご記入が済みましたら受付窓口へ提出して下さい

\* 記入して頂いた情報は、患者情報以外には使用致しません。

\* 紹介状やCD-ROM、他院検査結果等お持ちの方は必ず受付にご提出下さい。

## アンケートご協力をお願い

当院では、患者さまサービス向上の一環としてアンケートを実施しております。

お手数をお掛けしますがご協力のほどお願い致します。該当する物にチェック☑して下さい。

- ① 患者さまの性別と年代を教えてください。申込書と重複して恐縮ですがご回答をお願いします。
- 男性 女性  
10歳未満 10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代以上
- ② 当院をどのようにしてお知りになりましたか？(複数回答可)
- インターネット ご紹介(家族・知人) ご紹介(他の医療機関) 看板・車内広告など  
近隣にお住まい・お勤め その他( )
- ③ ②で「インターネット」と回答頂いた方へ、どちらのサイトをご覧になりましたか？
- 寺田病院のホームページ 系列クリニックのホームページ クチコミサイト まとめサイト
- ④ ②で「インターネット」と回答頂いた方へ、どのようなキーワードで検索なさいましたか？
- ( )
- ⑤ ①で「看板・車内広告など」と回答頂いた方へ、どちらの看板等で当院をお知りになりましたか？
- 扇大橋駅 北千住駅 西日暮里駅 西新井駅 舎人ライナー車内  
都電車内 環七(江北陸橋) アリオ西新井 西新井橋 道灌山下交差点  
東武バス車内 都営バス車内 コミティバスはるかぜ車内 足立区役所モニター  
その他( )

アンケートにご協力いただき誠にありがとうございました。