

記入日 年 月 日

ふりがな	ふりがな		
ご本人 氏名	ご主人(またはパートナー) 氏名		
生年月日 S・H 年 月 日 (歳)	生年月日 S・H 年 月 日 (歳)		
通常 連絡 先	ご主人(パートナー)携帯TEL: - -		
	自宅TEL: - -	携帯TEL: - -	
* 通常連絡先にある番号へ当院から連絡させて頂く場合がございますが当院の名前をお伝えしてよろしいですか □はい □いいえ *いいえとお答えの方にはスタッフ個人名でお電話させていただきます			
* 留守番電話になった場合、伝言を残してもよろしいでしょうか □はい (自宅のみ・携帯のみ・両方) □いいえ			
* 連絡させていただいても良い時間帯がございましたら下記にご記入をお願いします。 □AM □PM □何時でも可			
◇催し物等のスケジュール案内 可能な連絡方法 □DM □E-Mail(アドレス) □他の連絡方法() □電話連絡不可 □郵便物不可 □希望しない			
◇職種・勤務時間・通院時間 職種() 勤務時間(AM : ~ PM :) 通院時間: 自宅から 時間 分、職場から 時間 分 自宅最寄り駅 線 駅			
◇紹介のルート □ハローページ □インターネット □パンフレット □看板(地下鉄扇町駅・梅田(ヨドバシカメラ前)) □知人 □家族 □その他() □他院の医師から紹介 医師の氏名 TEL 医療機関の名前 所在地			
◇伝達事項			
緊急 時 連絡 先	〒 -		氏名
	自宅TEL: - -		携帯TEL: - -
当院での治療をご存知ですか (はい ・ いいえ)			

※ 皆様へお願い
通常連絡先にある番号は当院から連絡が可能な番号でお願い致します。
また緊急連絡先に関しましては、その時の状況により当院の名前をお伝えさせて頂く場合がございます。
予めご理解くださいませ。