

初診受付票

受診日 20 年 月 日

ふりがな お名前	(男 ・ 女)
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所	〒
電話番号	ご自宅
	携帯電話

よろしければ以下のアンケートにご協力をお願いします。

1. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人・家族の紹介

(差し支えなければご紹介頂いた方をお書き下さい。)

他院からの紹介

通りがかり

ホームページを見た

看板を見た

その他 ()

2. 本日はどのような交通手段で来院されましたか？

徒歩

自転車

車

電車

バス



朝霞台駅前
みなみ耳鼻咽喉科