

受診登録シート

1704

年 月 日 初診（記入しないでください）

婦人科・泌尿器科

カルテ No. _____（記入しないでください）

秋葉原 ART Clinic

【妻】

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)

〒 _____

ご住所 _____

※ご住所は、当院より請求書やお知らせ等が発生した場合のご郵送先となります。やむを得ず、現在お住いの住所と異なるご連絡先の登録をご希望の場合は、予め受付にお申し出ください。

自宅 TEL (_____) _____ 携帯 TEL (_____) _____

E-MAIL (PC ・ 携帯) _____ @ _____

ご職業 _____ 勤務先名 _____

勤務先 TEL _____ (差し支えなければお答えください)

【夫】

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)

〒 _____

ご住所 _____

※ご住所は、当院より請求書やお知らせ等が発生した場合のご郵送先となります。やむを得ず、現在お住いの住所と異なるご連絡先の登録をご希望の場合は、予め受付にお申し出ください。

自宅 TEL (_____) _____ 携帯 TEL (_____) _____

E-MAIL (PC ・ 携帯) _____ @ _____

ご職業 _____ 勤務先名 _____

勤務先 TEL _____ (差し支えなければお答えください)

※海外在住の方は次の欄も必ずご記入ください。

◎日本滞在時のご連絡先

自宅・実家 お名前 _____ 様方 ・ その他 お名前 _____

〒 _____

ご住所 _____

自宅 TEL (_____) _____ 携帯 TEL (_____) _____

◎郵送物の送付先

現住所への送付希望 ・ 日本滞在時の住所への送付希望

E-MAIL (PC ・ 携帯) _____ @ _____

① 秋葉原 ART Clinic をどのようにしてお知りになりましたか？（あてはまるものに○をつけてください。複数可）

a. 前医院の紹介 b. 友人の紹介 c. 雑誌 d. インターネット e. その他 (_____)

前医院の紹介に○をつけた方は、紹介病院名をお書きください。(_____)

② 当院の説明会に参加されたことはありますか？ (はい ・ いいえ)