

下記の太枠内をご記入の上、保険証・公費医療受給者証等を添えて提出してください。

記載された個人情報は「当診療所における個人情報の利用目的」の内容以外には使用しません。

- 過去に当院(耳原歯科)を受診されたことはありますか (有・無)
- 耳原友の会に ( )入会している ( )未入会 ( )わからない
- 歯科以外の耳原関連(同仁会)の医療機関に受診されていますか  
 ( )受診していない  
 ( )受診している → ( )耳原総合病院 ( )高砂クリニック ( )老松診療所  
 ( )ファミリークリニック ( )高石診療所 ( )その他…
- 本日、以下のものをお持ちでしょうか  
 紹介状 (有・無) お薬手帳 (有・無)

フリガナ 氏名 (受診される方)		1. 男 2. 女
保護者氏名	受診者が未成年者(被保険者は除く)の場合は記入願います。	
生年月日	1 2 3 4 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	
連絡先 ☎	固定電話 市外局番( ) -	
	携帯電話 - -	
現住所	〒 [ - ] 都 道 区 府 県 市 町・村 ※アパート・マンション等の場合、その名称および部屋番号を下記にご記入下さい マンション等の名称: 号室	

● 当院を受診されたきっかけ、理由をお聞かせください (いくつでも可)

<input type="checkbox"/>	1 当院までの距離が近いから	<input type="checkbox"/>	9 かかりつけ医師から紹介されて
<input type="checkbox"/>	2 設備が充実しているから	<input type="checkbox"/>	10 知人や家族からの評判を聞いて
<input type="checkbox"/>	3 施設が清潔だから	<input type="checkbox"/>	11 ホームページやインターネットを見て
<input type="checkbox"/>	4 規模が大きいのから	<input type="checkbox"/>	12 友の会新聞やリーフレットなどを見て
<input type="checkbox"/>	5 歯科医師の技量が高いと思うから	<input type="checkbox"/>	13 同仁会(耳原)の歯科だから
<input type="checkbox"/>	6 矯正やインプラントなど専門治療を行っているから	<input type="checkbox"/>	14 民医連の歯科だから
<input type="checkbox"/>	7 職員の対応が良いから	<input type="checkbox"/>	15 過去に受診した時に満足したから
<input type="checkbox"/>	8 説明をきちんとしてくれるから	<input type="checkbox"/>	16 無料低額診療をしているから

その他の理由がありましたら下記に具体的にお書きください

--	--

耳原歯科使用欄／これより下は記入する必要はありません。

患者登録ID番号

登録者  
サイン