

*****インターネット初診申し込み印刷用 ver 1.0*****

ご来院ありがとうございます。

当院、初診の患者様について以下の項目にご記入をお願いいたします。

No.	アナムネ
来院時刻	: 診察時間 分

来院日	平成 年 月 日	
ふりがな		
氏名	男 ・ 女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 () 歳	
住所	〒 -	
電話番号	()	
	緊急時 ()	
保険の確認、その他連絡事項で上記連絡先にご連絡を差し上げる場合がございます。 承諾する ・ 承諾しない		

以下のアンケートのあてはまる事項を (まる) でかこんでお答えください。

Q1 紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ

紹介状は受付へ提出してください。

Q2 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ある ・ ない

お薬は受付へ提出してください。

Q3 入院を希望しますか？ はい ・ いいえ

Q3で「はい」と答えた方はQ3 - 1へ 「いいえ」の場合は Q4へ

Q3-1 今回の来院にあたって当院職員による入院相談を受けている。

はい ・ いいえ

Q3-2 現在から3ヶ月以内に精神科に入院したことがある。

ある ・ ない

Q4 当院をどちらでお知りになりましたか？

他院からの紹介 タウンページ ホームページ その他()

Q4でホームページと答えた方へ

来院前には、いつ閲覧されましたか？ 月 日 ・ 数ヶ月前

来院前、何回くらい閲覧されましたか？ 1回 ・ 2回 ・ 3回以上

どのように当院のサイトを見つけましたか？ (ヤフー ・ グーグル ・ Bing ・)

その他()

ホームページの印象は、いかがでしたか？ 良い ・ 普通 ・ あまり良くない

ご協力ありがとうございました。 久喜すずのき病院