

問診票

初めての方へ

当院では、患者さんからの問い合わせに迅速に対応したり、連携病院との情報共有を円滑にしたり、当院からもしもの時の緊急連絡のため、下記の情報提供をお願いしております。

個人情報ですので、扱いには細心の注意を払い、上記のような当院の運営以外には第三者に提供することはございません。

ご記入日 年 月 日

フリガナ		女	生年月日
お名前		男	大正・昭和・平成 年 月 日
ご住所	〒		
電話番号		メールアドレス	

ご協力、ありがとうございます

何か困ったことはありませんか？

家族の介護の心配など、自分の病気以外のことでも遠慮せずにご書いてください。
何でも相談に乗らせていただきます。

■ 困っていること

■ 希望の検査や治療法など

※病気とは直接関係ないことも書いてください。

■ ご来院動機を教えてください。

- 当院ホームページ 知人の紹介 家族の紹介
 インターネット その他



福島吉野スマイル
内科・循環器内科