

西新宿クリニック 電話案内相談書

2007年版

相談者	姓名:
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他()
患者さんの姓名	姓名:
患者さんの性別	<input type="checkbox"/> 男性 / <input type="checkbox"/> 女性
患者さんの職業	(退職された方は前職をご記入して下さい)
生年月日	明・大・昭・平 年齢 才
住所	〒 都・道・府・県 市・郡
電話番号	- -
FAX番号	- -
携帯電話番号	- -

一 遍 療 法 友 の 会 に つ い て	
会員の有無	<input type="checkbox"/> 会員 / <input type="checkbox"/> 会員でない
会員の場合	会員ナンバー()

当 院 を 知 っ た 理 由	
<input type="checkbox"/> 書籍タイトル	<input type="checkbox"/> インターネットで
<input type="checkbox"/> 友人(お名前:)	<input type="checkbox"/> その他マスコミ

現 在 の 病 気 に つ い て	
具体的な病名等:	
本人への告知について	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他	
治 療 の 経 歴	
<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他	
入 院 希 望	
<input type="checkbox"/> 院長の指示による <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	