**진료(초진) 접수증**

|  |  |
| --- | --- |
| 성 함 |  |
| 주민번호 |  |
| 주 소 |  |
| 연락처 |  |
| 증 상 |  |

개인정보보호법에 의거하여 개인 정보를 수집하고 사용 후에는 안전하게 폐기하고 있습니다.

**초진 설문지**

**01** 병원에 오신 이유(불편한 곳과 증상)를 자세히 적어주세요.

**02** 진료 시 희망사항

아픈 곳 치료만 받기

기타

간단한 상담만 받기

전체적으로 검진하기

**03** 과거나 현재 가지고 있는 질환이 있으면 표시해 주세요.

기타

당뇨

저/고혈압

심장질환/심장박동기

골다공증/류마티즘

**04** 저희 병원을 어떻게 알고 오셨나요?

가까워서

지인소개

간판을 보고

인터넷 검색

기타