

診療申込書

OUT PATIENT CLINIC APPLICATION FORM

赤枠の中をていねいにご記入ください。

紹介状をお持ちですか？ DO YOU HAVE THE LETTER OF REFERENCE? (はい ・ いいえ) YES ・ NO	予 約 あり・なし	診察券をお持ちの方はご記入ください。 (No - -)		
フリガナ	FULL NAME (BLOCK LETTERS)		旧姓	性別 SEX
患者 氏名				男 ・ 女 M ・ F
生年月日 DATE OF BIRTH	1 . 明 治 3 . 昭 和 2 . 大 正 4 . 平 成	年 月 日 YEAR MONTH DAY (歳) AGE		
現住所 ADDRESS IN JAPAN	〒			
	電話 () TELEPHONE No.			
勤務先 THE PLACE OF EMPLOYMENT	電話 () TELEPHONE No.			
緊急連絡先 AN EMERGENCY ADDRESS	電話 () TELEPHONE No.			
右記に該当する方は○をしてください。		交通事故 労災予定		
受診科 (希望される科の左側の枠に「○」をご記入ください)	内科	消化器外科	眼科	
	精神科	外科	耳鼻咽喉科	
	小児科	乳腺内分泌外科	歯科口腔外科	
	呼吸器内科	脳神経外科	緩和ケア科	
	呼吸器外科	整形外科	放射線診断科	
	循環器内科	皮膚科	放射線治療科	
	心臓血管外科	泌尿器科		
	消化器内科	産婦人科		

お願い：診療申込書に保険証を添えてお出してください。

紹介状をお持ちの場合は、診療申込書と保険証に添えてお出してください。

病院記入欄	窓口	登録/受付	スキャン/確認
自費 ・ 生保 ・ 特診 ・ 交通事故			