

# 診療申込書

年 月 日

ふりがな						
受診者氏名	男・女					
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	日	
住所	〒 ー					
電話番号	自宅電話					
	携帯電話					
	必ず連絡が取れる連絡先(会社以外で) 電話番号 (お名前)					
診療科	内科	消化器科	循環器科	呼吸器科	神経内科	
○印記入						
診療科	外科	整形外科	泌尿器科	小児科	眼科	皮膚科
○印記入						

## ※注意

保険証・その他医療受給者証を添えて提出してください。

他医からの診療情報提供書をお持ちの方は、お出しください。

交通事故・業務上災害の方は、お申し出ください。

当院では、時間短縮のため 保険証等をコピーさせていただいています。

(コピーを拒否される場合は、お申し出ください)