

診 療 申 込 書

平成 年 月 日

※太い枠内をお書きください。

患者番号：

- | | |
|---------------------|---------|
| * 当院で受診されたことがありますか？ | ある・ない |
| * 紹介状をおもちですか？ | ある・ない |
| * 工作中（通勤途上）のケガですか？ | はい・いいえ |
| * 交通事故ですか？ | はい・いいえ |
| 「はい」とお答えの方 ⇒ | 相手有り・自損 |

ふりがな		男・女
氏 名		

生年月日	明治・大正	年	月	日（才）
	昭和・平成			

現住所	〒 -	
	電話番号（ ）	携帯番号（ ）

勤務先	
-----	--

勤務先住所	〒 -
	電話番号（ ）

* 難聴の方はお申し出てください。
* 診察室や会計窓口などで、お名前をお呼びすることに支障がある方は、あらかじめお申し出てください。

《職員取扱欄》

国保	社保	他	健診	労災	事故	私費
----	----	---	----	----	----	----