

診 察 申 込 書

太枠の中を記入して下さい

保険証のほかに受給者証（各種認定証）などがあれば先にお出し下さい

*****受診年月日		年	月	日*****	
(フリガナ)		旧 姓		保険コード ()	
患者氏名				1.本人 2.家族	
性 別	1.男 2.女		保険者		
生年月日	T.大正 S.昭和 H.平成	年	月	日	
(フリガナ)				記 号	
住所 (※住民票)	〒	都道	市	番号	
		府県	郡		
		区町村		公費	
TEL ()	-		資格取得	年 月 日より	
携帯電話			70	重度医療	
その他 連絡先	① 携帯 (氏名・続柄)		71	母子医療	
	TEL ()	-		72	乳児医療
	② 住所 (実家 または 居住先)		74	村単医療	
	(様方)		75	特定疾患	
TEL ()	-		ID		
			備考		

※住民票の住所を登録します (お住まいが違う方は②に居住先を書いてください)

- ・当院は予約制です
- ・待ち時間が長くなりそうな時は外出をお願いすることがあります
- ・お声掛けするまでは院内でお待ちください
- ・外出希望、後日の予約希望の方は受付へご相談ください
- ・その他連絡先は本人様と連絡がとれないときのためにお伺いしています
- ・①ご家族の携帯 (既婚者は夫)、②本人様の実家をご記入ください
- ・診察内容によっては尿検査をするのでお手洗いにいきたい方はお声掛け下さい