

日付印	受付時間
	:

# 診 察 申 込 書

--	--	--	--	--	--	--	--

※太線枠内のみご記入の上、受付窓口に保険証を添えてお出し下さい。

ふりがな				性 別
氏名				男・女・（ ）
*氏名・性別の記載にご不明な点や、ご相談がある場合は、気軽にお声かけください。				
生年月日	明・大・昭・平・令 西暦	年	月	日生（ 歳）
住所	〒  <input type="checkbox"/> 住所変更のみ			
電話番号	自宅 ☎（ ）	—		
	携帯電話 ☎（ ）	—		
職業		当院受診歴	なし	ある 年 月頃 ・不明
緊急連絡先 ※二つご記入 下さい	①〒		②〒	
	☎（ ） —		☎（ ） —	
	氏名： 続柄（ ）		氏名： 続柄（ ）	
希望受診科 ○をつけて下さい	内科・外科・整形外科・婦人科・精神科・心療内科・皮膚科 泌尿器科・眼科・もの忘れ外来・予防接種・検査のみ			
けがの場合	事故（自動車・自転車・その他）（加害者あり・加害者不明） 労災（業務中・通勤途中）・労災二次健診			
当院を 選ばれた理由 複数回答可	<input type="checkbox"/> ①他院からのご紹介：  【                   】病院・診療所・医院 の【                   】先生 川端診・洛北診・東山診・大宅診・中央病院 <input type="checkbox"/> ②家族や知り合いの紹介 / <input type="checkbox"/> ⑥民医連の病院だから <input type="checkbox"/> ③近所だから / <input type="checkbox"/> ⑦無料低額診療があるから <input type="checkbox"/> ④広告やチラシを見て / <input type="checkbox"/> ⑧健康診断を受けたから <input type="checkbox"/> ⑤ホームページを見て / <input type="checkbox"/> ⑨その他（                   ）			

\*以下、病院記入欄

時間帯	午前・午後・夜間・時間外・深夜・休日	受付者：
保険種類	C・C o・K・退国・退家・老・B・R・G・A	
最終来院日	全くの初診： 年 月 日最終履歴あり	
救急車での来院	（ ）救急隊 / 搬入時間 AM・PM 時 分	