

診療申込書

申込年月日 年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成		
氏名				年	月	日生 (歳)
現住所	〒		勤務先	TEL		
携帯電話番号	TEL					
おケガの場合にお尋ねします	仕事中的おケガですか	はい・いいえ	希望する診療科に○をしてください	内科・外科・整形外科・眼科		
	通勤中的おケガですか	はい・いいえ		脳外科・耳鼻咽喉科・泌尿器科		
	交通事故ですか	はい・いいえ		婦人科・温熱療法・わからない		
通勤手段	自家用車・シャトルバス・地鉄バス・タクシー・自転車・バイク・徒歩					

*ご記入後は、保険証・受給者証・紹介状等を添えて初診受付にご提出ください。

受付担当

--