

診察申込書

平成 年 月 日

☆ 太枠内をご記入のうえ、□に☑をいれ保険証を添えて受付へお申し出下さい。

確認事項	1. 他の医療機関等からの紹介状がありますか ⇒ <input type="checkbox"/> 1.ある <input type="checkbox"/> 2.ない			
	2. 本日の傷病は右に該当しますか ⇒ <input type="checkbox"/> 1.交通事故 <input type="checkbox"/> 2.労災 <input type="checkbox"/> 3.左記以外			
	3. 当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 1.ホームページ <input type="checkbox"/> 2.近隣のため <input type="checkbox"/> 3.専門の科があるため <input type="checkbox"/> 4.評判を聞いて <input type="checkbox"/> 5.紹介 <input type="checkbox"/> 6.その他()			
	4. 職業 一覧より番号を記入してください ⇒ ()			
受診される方	フリガナ		男	生年月日
	氏名		女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	現住所	〒 -		
		アパート・マンション名 号室		
	電話番号	() -	携帯電話	() -
勤務先	会社名		電話番号	() -
	住所	〒 -		
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所	〒 -		
	電話番号	() -	携帯電話	() -

医療法人鉄友会宇野病院

(病院記入欄)

登録者	確認者	情報入力者
/	/	/

診察券番号