

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3.左記以外			
	3. 当院を何でお知りになりましたか? <input checked="" 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 ⇒ (99)			
受診される方	フリガナ	ウノ タロウ		生年月日
	氏名	宇野 太郎 様		明治・大正・昭和・平成 63年 8月 18日
	現住所	〒 444-0921 岡崎市中岡崎町1番地10		
	電話番号	(0564) 24-2211	携帯電話	(090) 1234-5678
	勤務先	会社名 医療法人 鉄友会 宇野病院	電話番号	(0564) 24-2211
緊急連絡先	氏名	宇野 花子	続柄	子
	住所	〒 444-0921 岡崎市中岡崎町1番地10		
	電話番号	(0564) 24-2211	携帯電話	(090) 1234-1234

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