

※当院を初めて受診される方は、「診療申込書」をご記入の上、受付時、窓口にお出してください。

診 療 申 込 書

当院では、円滑な診療のため、診察の前に問診をとらせていただいております。
また、診療費請求事務のため、健康保険証のコピーをとらせていただいております。
これらは個人情報として取り扱い、保護されておりますので、ご了承いただき、診療を受けることに同意した上で下記への記入をお願いいたします。

病 院 長

平成 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名	男 ・ 女	明・大 年 月 日 昭・平	才
住所			
電話番号 () -			

交通事故や工作中的受傷の場合	※あてはまる場合、どちらかに○をつけてください 交通事故 ・ 工作中的受傷
----------------	--

なお、上記の記入事項に関して、変更・訂正がある場合は、いつでもお気軽に受付事務員にお申し出ください。

★ 大変お手数ですが、次のアンケートにご協力のほどお願いいたします
(該当する番号を○で囲んでください)

I 『当院に来院いただいたきっかけについて』

- ① 他医療機関・施設等からの紹介 ② 知人の紹介 ③ 自宅の近所
④ 職場の近所 ⑤ インターネットで見te ⑥ 電話帳等を見て
⑦ 屋外看板を見て ⑧ その他 ()

II 『当院への来院方法について』

- ① 公共の交通機関 (バス、地下鉄等) ② 営業車 (タクシー等)
③ 自家用車 (家族、知人の車含む) ④ その他 ()

※病院記入欄

保険区分	労災・交通事故・社保・国保・生保・一般	I D	
------	---------------------	--------	--