

診 療 申 込 票 (ID:)

フリガナ 受診者 氏名		旧 姓		性別 男 ・ 女	当院で、最近受診された事がありますか？(○をしてください) 1年以内 3年以内 わからない なし																						
生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和	年	月	日	(才)	紹介状		有 ・ 無																			
フリガナ 住所	〒 (-) アパート・マンション名・部屋番号も記入して下さい														紹介状がない場合、 保険外併用療養費がかかる場合があります。												
携帯番号	()														緊急で御連絡する場合があります。												
自宅	()														両方の記入にご協力ください。												
今日はどうされましたか。 ○を付けて下さい ⇒		病気 ・ 外傷(ケガ) ・ 交通事故 ・ 自損事故 ・ ケンカ ・ 労災 ・ 小児健診 ・ その他																									
○印を付けて下さい ⇒		内	外	外科 乳腺 外来	整 形 外 科	産 婦 人 科	A R T	小 児 科	耳 鼻 咽 喉 科	眼 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	麻 酔 科	脳 神 経 外 科	放 射 線 科	脳 神 経 内 科	口 腔 外 科	形 成 外 科									
過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？ ○をしてください。 ⇒		あり ・ なし																									
"あり"に ○ をされた方は、渡航先と渡航期間を教えてください。 ⇒		渡航先() 渡航期間()																									

* 枠内に記入の上、保険証等と一緒に受付②番窓口へお出し下さい。
 * 科により受付終了時間が異なります。 * 曜日により休診科があります。

HP DL
 済生会松阪総合病院