

＜ 診 察 申 込 書 ＞

ID: _____

初めて受診される方は、この診察申込書に必要事項をご記入の上、保険証を添えて受付へお出し下さい。

申込日	年 月 日	今までに当院を受診したことがありますか	<input type="checkbox"/> 受診した(年前頃) <input type="checkbox"/> 健康診断で来院したことがある <input type="checkbox"/> 来院したことがない
-----	-----------------------------	---------------------	---

受診者氏名	ふりがな _____ (旧姓)	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日 (歳)
住 所	〒 _____		
電 話	(自宅) — —	(携帯)	— —

交通事故ですか？ はい いいえ **※1か月以内に渡航歴がありますか？**

お仕事中的けがですか？ はい いいえ いいえ はい (国名:)

はいの方は会社の情報を記入してください。

会社名	_____		
住 所	〒 _____		
電 話	— —	担当者	_____

医療法人社団 慎正会 みやそう病院