

診察申込書 兼氏名・住所等変更届出書

1. 来院日時年.....月.....日.....時.....分

- 初めて総合医療センターを受診する
 診察券を忘れた

(該当する場合は○印をつけてください。)

2. 受診される方

センター記入欄														
ふりがな											性別	男 ・ 女		
氏名														
生年月日	明・大・昭・平・令	年			月			日			()歳			
住所	〒 -													
連絡先 ※2か所ご記入ください。	氏名					電話番号					優先			
	本人					自宅								
						携帯								
	※本人以外の連絡先 氏名： 続柄：					固定								
携帯														
保険証をコピーすることについて							同意する ・ 同意しない							

3. 受診希望の診療科 (希望される受診科に○印をつけて下さい。)

内 科	総合 診療 科	脳 神 経 外 科	外 科	整 形 外 科	リ ハ ビ リ 科	産 婦 人 科	泌 尿 器 科	耳 鼻 咽 喉 科	放 射 線 科	眼 科	皮 膚 科	精 神 科	小 児 科
--------	---------------	-----------------------	--------	------------------	-----------------------	------------------	------------------	-----------------------	------------------	--------	-------------	-------------	-------------

4. おケガの場合におたずねします。

- ・ 工作中的のケガですか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 交通事故によるケガですか？ (はい ・ いいえ)
- ・ 他人の犬に咬まれた、又は喧嘩等加害者のあるケガですか？ (はい ・ いいえ)

※センター記入欄