

診 察 申 込 書

太枠の中を記入して下さい

保険証のほかに受給者証（各種認定証）などがあれば先にお出し下さい

*****受診年月日		年	月	日*****
(フリガナ)		旧 姓		保険コード ()
患者氏名				1.本人 2.家族
性 別	1.男 2.女		保険者	<input type="checkbox"/>
生年月日	T.大正 S.昭和 H.平成	年	月	日
(フリガナ)		公費	<input type="checkbox"/>	
住所 (※住民票)	〒 都道 市	資格取得	年	月
	府県 区町村		日	より
TEL () -		70	重度医療	<input type="checkbox"/>
携帯電話		71	母子医療	<input type="checkbox"/>
その他 連絡先	① 携帯 (氏名・続柄)	72	乳児医療	<input type="checkbox"/>
	TEL () -	74	村単医療	<input type="checkbox"/>
	② 住所 (実家 または 居住先)	75	特定疾患	<input type="checkbox"/>
	(様方)	ID		
TEL () -		備考		

※住民票の住所を登録します (お住まいが違う方は②に居住先を書いてください)

- ・その他連絡先は本人様と連絡がとれないときのためにお伺いしています
- ・①…ご家族の携帯 (既婚者は夫)、②…受診者本人の実家をご記入ください
- ・診察内容によっては尿検査をするのでお手洗いにいきたい方はお声掛け下さい
- ・当院は予約制です。予約のない方は診察できない場合があります
- ・クレジットカードはご利用できません

《キッズルームについて》ご利用になる方は受付時にお声掛けください

いつでも入室できますが、保育士による託児は平日の午前診のみです