

★★★受診申込票★★★

令和 年 月 日

※本日受診される方のお名前をご記入して下さい

フリガナ		男	生年月日	明・大・昭・平
氏名	様	女		年 月 日
住所	〒			
電話番号	() —			

保健種別	社保・国保・退職・後期・前期・公費・生保・自費 その他()
------	-----------------------------------

当院受診歴	有 (年頃) ・ 無
-------	-------------------

過去3ヶ月以内の入院歴	有 医療機関名 () ・ 無
-------------	-----------------------

※ 3ヶ月以内に他院へ入院されていた方は「退院証明書」をご提示ください。

医療機関・介護保険施設へ入院・入所中	有 医療機関名 () 介護保険施設名〈特養・老健〉 () ・ 無
--------------------	---

持参資料	有 X線フィルム(単純・造影・CT)・心電図・脳波・自立支援受給者証 ・ 身体障害者手帳・精神障害者手帳・診療情報提供書 無
------	--

受診のきっかけ	1. 他の病院の紹介 2. 他のクリニックの紹介 3. 役所の紹介 4. 地域にある事業所等 5. 家族の勧め 6. 広告(タウンページ・雑誌・他) 7. インターネット 8. その他 ()
---------	--

[HP203]