

★★★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]