

外来診療申込書

当院を初めて受診される方、またはご登録内容（住所・電話番号など）に変更がある方は、必要事項をご記入のうえ、受付へお越しください

新規 ・ 変更

名前	フリガナ	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令			
	( 男 ・ 女 )		年	月	日	歳
住所	〒 ( アパート・マンション名までご記入ください )					
携帯電話		固定電話				

※ 保険証をお忘れの方は、医療費を一時的に全額（10割）ご負担いただきます。精算につきましては、会計窓口にてお尋ねください

【 以下職員記入欄 】

診察券番号	<input type="checkbox"/> 保険証忘れ	<input type="checkbox"/> 生活保護	診療科	
	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 小児科
	<input type="checkbox"/> 健康診断	<input type="checkbox"/> 予防接種	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
	<input type="checkbox"/> 登録のみ	<input type="checkbox"/> マイナ有	<input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> エントリー済	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ある場合に○	
予 約	あり
紹介状	あり

症状（受付ER問診コメント）：

KT：