

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
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
<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 労災
<input type="checkbox"/> 健康診断	<input type="checkbox"/> 予防接種
<input type="checkbox"/> 登録のみ	<input type="checkbox"/> マイナ有
<input type="checkbox"/> エントリー済	<input type="checkbox"/>

※ある場合に○

予 約	あり
紹介状	あり

診療科	
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 小児科
<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

症状（受付ER問診コメント）：

KT：