

# 受診申込書

年 月 日

個人情報保護法に基づき、当院では個人情報に関する規定を別紙のとおり定めております。

受診科名 ○印をして下さい	外科	内科	整形外科	脳外 神経科	皮フ科	神内 経科	紹介状 有・無
ふりがな  氏名							男・女
生年月日	明大昭平 治正和成		年 月 日 ( 歳)				
住所	〒						
自宅電話番号	( ) -						
携帯電話番号	( ) -						
保険の区別		健保	労災	自保	1年以内に受診された ことがありますか。		
		国保	医療	自費			
労災 の場合	事業所の住所						電話
	事業所名及び課						( ) 番
交通 事故 の場合	事故日	年 月 日		午前 午後	時 分	場所 ( )	
	支払い者の住所						
	支払者の氏名 <small>(ふりがな)</small>						電話
						(印) ( )	番

保険証を必ず提出して下さい。