

診療申込書

ご希望の診療科(いずれかに○をつけてください)

内科(総合診療科) ・ 整形外科 ・ 救急外来(発熱外来) ・ 健康診断

☐ 紹介状をお持ちの方 ☐ 保険証をお持ちでない方 ☐ 道東勤医協友の会に入会している

ご記入される方 本人 ・ 本人以外(氏名：) ご関係： ()

フリガナ			性別	男
お名前	(姓)	(名)		女

※氏名の漢字は、住民票等に登録している字でご記入ください

※一部旧字体で当院システムで対応できない場合、かな表記での対応となる場合があります

生年月日	M · T · S · H · R	年	月	日	歳
------	-------------------	---	---	---	---

ご住所 (現在お住いの場所)	〒				-					
	都 道		市 区		町		番		号	
	府 県		郡		村		丁目		番地	
建物・施設名	号室									

電話番号	携帯電話	-	本人・()
	固定電話	-	自宅・()

緊急連絡先	-	-	続柄	
-------	---	---	----	--

※以下病院使用欄につき、記入しないでください

記載事項確認	印	カルテ登録確認①	印	カルテ登録確認②	印
--------	---	----------	---	----------	---

備考

ID	
----	--