

新患受付票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ				
氏名		男・女	旧姓	
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
現住所	〒 _____			
電話番号	_____	_____	()
緊急連絡先	_____	_____	()
希望受診科				科

緊急連絡先（携帯電話など）の記載にご協力をお願いします。
 （予約変更のお願い等で病院から連絡をする際に使用します）