

★
受診申込票
PATIENT REGISTRATION FORM

フリガナ 氏名 Name		男・女 Male Female	旧 姓	
生年月日 Date of birth	(大・昭・平・令) 年 月 日			
現住所 Address	〒 -			
電話番号 Phone No.Home	- - ()			
緊急連絡先 Mobile	- - ()			
希望受診科	内科 Internal Medicine	外科 Surgery	整形外科 Orthopedic surgery	泌尿器科 Urology ()科 Others

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)

該当の保険・受給資格にチェックを入れて頂き、ご提示をお願いします

受給 資格証	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費受給者証
	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等医療費受給者証
	<input type="checkbox"/> こども医療費受給者証
	<input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証
	<input type="checkbox"/> その他()
その他 資格等	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者
	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労働災害
	<input type="checkbox"/> その他()
備考	

※ご記入いただきました情報に変更がございましたら、お手数ですが窓口までお知らせください