

診療申込書

二重線の枠内に記入し、該当するものに✓をつけて下さい
保険証とともに、初診窓口にお出し下さい

村山医療センター

申込日 平成 年 月 日

病院使用欄 ID - -

フリガナ			
氏名			
生年月日・性別	明 大 昭 平	年 月 日生	男 女
住所	〒 - -		
自宅電話	- -		
携帯電話	- -		
緊急連絡先	- - (家族・勤務先・その他)		
保険	本人(世帯主)	家族の場合は被保険者(世帯主)名	
	家族		
<input type="checkbox"/> ご自分の病状をご家族に知らせないことを希望する方は✓をつけて下さい			
<input type="checkbox"/> ご自分の病名の告知を希望しない方は✓をつけて下さい			
該当する項目があれば✓をつけて下さい <input type="checkbox"/> 業務中の傷病 <input type="checkbox"/> 通勤途上の傷病 <input type="checkbox"/> 交通事故			
備考			

病院使用欄	<input type="checkbox"/> 紹介状あり <input type="checkbox"/> 地域連携室経由
	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形 <input type="checkbox"/> リハ <input type="checkbox"/> リウマチ