

# 診療申込書

令和 年 月 日

※太い枠内をお書きください。

患者番号：

\* 当院で受診されたことがありますか？ ある・ない

\* 紹介状をおもちですか？ ある・ない

\* 工作中（通勤途上）のケガですか？ はい・いいえ

\* 交通事故ですか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方 ⇒ 相手有り・自損

ふりがな		
氏名		男・女

生年月日	明治・大正	年	月	日	(才)
	昭和・平成				

現住所	〒 -
	電話番号( ) 携帯番号( )

勤務先	〒 -
-----	-----

勤務先住所	〒 -
	電話番号( )

\* 難聴の方はお申し出てください。  
\* 診察室や会計窓口などで、お名前をお呼びすることに支障がある方は、あらかじめお申し出てください。

《職員取扱欄》

国保	社保	他	健診	労災	事故	私費
----	----	---	----	----	----	----