

【診療申込書:初診】

日付

I D

--	--	--	--	--

- ◎この申込書は、当院をはじめて受診される方専用です。
- ◎受付の際、保険証・医療証・紹介状・フィルムを受付にご提示ください。
- ◎交通事故・仕事中の事故(労災)で受診される方は、別途お申し出ください。

フリガナ NAME 氏名	姓 名			職業		
DATE OF BIRTH 生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	() 歳	AGE SEX 性別
ADDRESS 現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 都道府県	市 郡	区 町	TEL () 携帯 ()		
被保険者 緊急連絡先 (本人以外)	(保険証の筆頭者)			被保険者からの あなたの続柄		
本人勤務先	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> お名前 所在地	続柄	TEL () 携帯 ()	TEL () 携帯 ()		
	名称		TEL ()	TEL () 携帯 ()		

◎希望診療科の上部空欄に”○”印を付けてください。

内 科	内 科	外科 ・ 整形 外科
水 曜 日	金 曜 日	金 曜 日

《職員記入欄》※以下は記入しないでください。

紹介状 有・無
診療科 ()
医師名 ()

フィルム等

確
認

〒412-8512
静岡県御殿場市神山1915
TEL 0550-87-1711
FAX 0550-87-1921

国立駿河療養所(2015. 11)