【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・フイ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		職　業	
NAME 氏　名	姓　　名		
DATE OF BIRTH 生年月日	明・大・昭・平　年　月　日生　AGE（　）歳	SEX 性別	M　F 男・女
ADDRESS 現住所	〒　－ 都道府県　市郡　区町 TEL（　）－ 携帯（　）－		
被保険者	（保険証の筆頭者）	被保険者からのあなたの続柄	
緊急連絡先 （本人以外）	〒　－ お名前　続柄 TEL（　）－ 携帯（　）－		
本人勤務先	所在地 名称　TEL（　）－		

◎希望診療科の上部空欄に”○”印を付けてください。

総合診療科	内科	呼吸器内科	総合診療科	内科
月曜日	水曜日 第1・3・5	水曜日 第2・4	木曜日	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（　）	フイルム等	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（2018. 4）