

# 【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	AGE ( ) 歳	SEX 性別	M 男	F 女
ADDRESS 現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		都 道 市 区 町	TEL ( )	-	
被保険者	(保険証の筆頭者)		被保険者からの あなたの続柄	携帯 ( )	-	
緊急連絡先 (本人以外)	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		お名前	TEL ( )	-	
本人勤務先	所在地		続柄	携帯 ( )	-	
	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	総合診療科
月曜日	木曜日

《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(2019. 4)