

# 新来診察申込書

当院を初めて受診される方。 年 月 日

登録番号(ID)

ご記入の上、保険証等を添えて『総合受付』へご提出ください。

フリガナ												性別	保険者番号		
漢字 氏名												男 女	記号		
													番号		
											本人 ・ 家族				
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生											年齢			
郵便番号				—								※郵便番号は必ずご記入ください。			
住所	都道 区市 町(区) 府県 郡 村														
TEL	( )											緊急連絡先			
勤務先												TEL			
受診科	内科	外科	整形外科	婦人科	小児科	眼科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科			受診内容	1. 病気・けが	
														2. 交通事故	
														3. 業務上の事故	
														4. その他	

希望受診科および該当する受診理由を○印で囲んでください。

原町赤十字病院