

新患診療申込書

申込年月日 年 月 日

I D

フリガナ		性別		生年月日		
氏名	(旧姓)	男	女	大正 昭和 平成	年	月 日
現住所						
〒	—					
自宅電話番号	()					
携帯電話番号	()					
緊急連絡先						
〒	—					
電話番号	()					

* 保険証をお持ちの方は一緒にお出してください

■ 次の病気あれば○を付けてください。

- | | | | | |
|------------|-----------|------|-----|-----|
| ・糖尿病 | ・高血圧 | ・緑内障 | ・喘息 | ・結核 |
| ・甲状腺疾患 () | ・肝臓疾患 () | | | |
| ・腎臓疾患 () | ・心臓疾患 () | | | |
| ・その他 () | | | | |

■ 今まで手術を受けたことがありますか？

ある ない

“ある”の方は手術の名前を教えてください。

■ 当診療所に来院されたきっかけを教えてください。

- | | | | | |
|----------|----------------------|-----------------|-------------|-----|
| ・家から近い | ・知人の紹介 | ・家族が受診したことがあるから | ・インターネット | ・看板 |
| ・電話帳 | ・かかりつけの医療機関が休診の時間だから | | ・他医療機関からの紹介 | |
| ・その他 () | | | | |

* 当診療所では、保険番号の写し間違いを防ぐため、保険証のコピーをさせていただきますのでご了承ください。

* 当診療所では健康友の会があります。御存知でしょうか？

☐ はい (☐ 入会済 ☐ 未入会) ☐ いいえ

ご記入いただいた個人情報は診療目的以外では使用いたしません。