

診療申込書

PATIENT REGISTRATION FORM

患者ID			受付年月日	年	月	日
フリガナ			性別		Sex	
氏名 Name			男	・	女	
			M	・	F	
生年月日 Date of birth	明・大・昭・平		年	月	日	
住所 Address	〒					
電話番号 ☎ Phone No.	携帯 Mobile		自宅 Home			
情報 Information	紹介状はお持ちですか Do you have letter of referral?			はい YES	・	いいえ NO
	交通事故ですか Is it a traffic accident?			はい YES	・	いいえ NO
	仕事中のけがですか Are you injured while you are at work?			はい YES	・	いいえ NO
	はいの場合 In case of YES	事業所名 Place of work		電話 Phone no.		

※ 下記の診療科より希望する診療科に○印をしてください。

Please check departments you would like to visit

内科 Internal medicine	外科 Surgery	整形外科 Orthopedic	泌尿器科 Urology	皮膚科 Dermatology	脳神経外科 Neurosurgery	透析科 Dealysis dep.
-------------------------	---------------	--------------------	-----------------	--------------------	-----------------------	----------------------

事務記載欄

年	月	日	時	分	(救急車・その他)
一般 ・ 労災 ・ 自賠 ・ 自費					

医療法人 若葉会
西条中央病院