

診療申込書

申込年月日 年 月 日

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 西暦	年 月 日生 (歳)
氏名					
現住所	〒 — TEL	勤務先		TEL	
携帯電話					
おケガの場 合について お尋ねします	お仕事中のケガですか	はい・いいえ	希望する 診療科に ○をして下さい	内科・外科・整形外科・眼科	
	通勤中のケガですか	はい・いいえ		脳外科・耳鼻咽喉科・泌尿器科	
	交通事故ですか	はい・いいえ		リハビリ科・温熱療法・わからない	
交通手段	自家用車・シャトルバス・地鉄バス・タクシー・自転車・バイク・徒歩				

※ご記入後は、保険証・受給者証・紹介状等を添えて初診受付にご提出ください。

受付担当	
------	--