



# 診 察 申 込 書

濟 生 会 呉 病 院

TEL (0823) 21-1601

FAX (0823) 23-3798

当院に初めて受診される方は、緑の太枠の中を記入のうえ、保険証・医療受給者証・紹介状を添えて  
①窓口にご提示ください。

|                        |  |                                     |
|------------------------|--|-------------------------------------|
| 受診歴<br>(○で囲む)          | 1. 濟生会呉病院で、今までに診療を受けたことがありますか。 <span style="float: right;">ない ・ ある</span>  |                                     |
|                        | ※ 前回受診をされて、姓を変更された方は旧姓をご記入ください。 (旧姓: )   |                                     |
| フリガナ                   | 2. 紹介状・フィルムなどはお持ちですか。 <span style="float: right;">ない ・ ある</span>   |                                     |
|                        |  |                                     |
| 氏名<br>name             |  | 性 別<br>1. 男<br>2. 女                 |
| 生年月日<br>birth day      | 大正 昭和<br>平成  | 年 月 日生 ( 歳 )                        |
| 現住所<br>address         | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>都道府県 市郡<br>個人情報保護の観点から、連絡先を携帯へ<br>希望される方は、右欄の <input type="checkbox"/> 内にレ点で<br>チェックをお願いします。 TEL ( ) -<br><input type="checkbox"/> 携帯 ( ) - |                                     |
| 被保険者名                  | (健康保険証の直接加入者)  | 被保険者からの<br>あなたの続柄                   |
| 受診を希望の<br>科名<br>(○で囲む) | 内 科<br>心療内科  | 外 科<br>整形外科<br>眼 科<br>耳鼻咽喉科<br>泌尿器科 |

- 交通事故、仕事上の事故(労災)で受診される方は、別途お申し出ください。
- 当院では、各窓口において氏名でお呼び出しをしております。氏名でのお呼び出しに同意できない場合は①窓口にお申し出ください。

備考欄

患者ID

入力確認印