社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部
広島県済生会
済生会呉病院
TEL（0823）21－1601
FAX（0823）23－3798

診察申込書

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（○で囲む）	1. 済生会呉病院で、今までに診療を受けたことがありますか。　ない　・　ある ※ 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：　　） 2. 紹介状・フィルムなどはお持ちですか。　ない　・　ある		
フリガナ		性別	1. 男 2. 女
氏名 name			
生年月日 birth day	大正 昭和 平成　年　月　日生（　歳）		
現住所 address	〒□□□－□□□□ 都道府県　市郡		
連絡先 telephone	自宅（　）　－ 携帯（　）　－ ※ 自宅、携帯とは別の連絡先をご希望の場合、右枠内へご記入下さい。 氏名　続柄 電話番号（　）　－ 個人情報保護の観点から、当院からのご連絡方法を下記から選んでお答え下さい。 □本人に直接伝えてほしい　□本人以外の家族にも伝えてよい		
被保険者名	（健康保険証の直接加入者）	被保険者からのあなたの続柄	
受診を希望の科名（○で囲む）	内科　外科　眼科　泌尿器科 心療内科　整形外科　耳鼻咽喉科		

■ 交通事故、仕事中の事故（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。

患者ID	