

診療申込書

REGISTRATION FORM

- ご記入後、健康保険証を添えて初診受付にお出してください。
各種医療証・紹介状・診療情報提供書・診察券をお持ちの場合は、
あわせて初診受付にお出してください。

申込年月日 年 月 日

受診科目 左側の枠に○を してください	内科	外科	肛門科	眼科
	精神科	脳神経外科	皮膚科	耳鼻いんこう科
	心療内科	泌尿器科	整形外科	婦人科
	リハビリテーション科		放射線科 ※予約検査	
ご予約 (APPOINTMENT)	あり・なし	右記に該当する方は ○をしてください	交通事故 ・ 労災予定	
フリガナ				
お名前 (NAME)	姓 (FAMILY NAME)		名 (FIRST NAME)	
性別	男 (MALE)	生年月日 (BIRTHDAY)	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	女 (FEMALE)			
住所 (ADDRESS) アパート・マンション名も ご記入ください	〒()			
電話 (PHONE NUMBER)	— —	携帯 (MOBILE PHONE NUMBER)	— —	
※ 当院から連絡させていただく場合がございますので、電話番号の複数記入のご協力をお願いいたします。				
自宅以外の 連絡先	勤務先名 (OFFICE)		緊急連絡先(名称及び氏名) (EMERGENCY ADDRESS)	
	電話	— —	電話又は携帯	— —

※この申込書の記載事項は、院内で掲示している利用目的以外には使用いたしません。

※当院では、保険登録の間違いを防ぐために保険証の写しを取らせていただいております。ご了承ください。
なお、使用後は一定期間厳重に保管後、適切に廃棄しております。

東急病院

HAK20140700-001