

診療申込書

平成 年 月 日

●以前に当病院で受診された事がありますか？

はい（それはいつごろですか？ 年 月頃） いいえ

●申込科名に○をしてください。

内科 ・ 外科 ・ 胃腸 ・ 整形 ・ 泌尿器科

●原因

病気 ・ 工作中 ・ 交通事故

{ 自爆
第三者 ・ 障害 ・ その他

受診される方

フリガナ

氏名

男

女

生年月日

住所

電話

勤務先名

勤務先電話

部署

●今日は、いつ頃から、どうなさいましたか？簡単にお書きください。

●アレルギー { あり：内容（ ）
なし

●緑内障の既往 あり ・ なし

●前立腺肥大症の既往 あり ・ なし

●妊娠中、またはその可能性 あり ・ なし

※保険証を添えて受付へ提出してください。

※保険証の提示がありませんと、自費計算となりますのでご注意ください。

※お預かりした個人情報は、別紙『当院における個人情報の利用目的』にのみ
使用させていただきます。

 クロス病院