

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				男			
氏名				女			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年齢	満	才
住所	〒						
電話	携帯						自宅
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下さい。

※ 保険証の提示がありませんと、自費計算となりますので御注意下さい。

※ 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