

診察申込書

※太枠の中をご記入の上、保険証を添えて受付にお出してください。

申込年月日	平成 年 月 日									
フリガナ									性別	
氏名									男・女	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)									
住所	〒 -									
連絡先	自宅 () -					携帯 () -				
希望する診療科に○をつけてください。	1	消化器内科	4	整形外科	7	脳神経内科	10	予防接種		
	2	内科	5	泌尿器科	8	禁煙外来				
	3	外科・肛門科	6	皮膚科	9	健康診断				
ケガの場合、該当する項目に○をつけてください。	・仕事中 ・交通事故 ・該当なし ・通勤途中 ・学校内 (小中学生の方)									

ID _____

医療法人社団 綾和会 浜松南病院