

受診(受付)申し込み票		玉置クリニック
	フリガナ	
1	氏名	
2	生年月日	大正/昭和/平成 年 月 日
3	住所	
4	自宅電話番号	
5	勤務先(連絡先) 電話番号	
6	受診部位・症状等	内科/いつ頃からどのような症状でしょうか?  整形外科/いつ頃から・本日受診されたい部位もお書きください。
7	利用保険 (いずれかに○を)	社会保険/本人・家族 国民保険/本人・家族 高齢受給者証 後期(長寿)高齢医療証 労働災害 事故災害 生活保護 公費
8	保険証忘れ	本日、全額自費になります。後日保険証をお持ちいただき お持ちの保険適用となります。ご了承いただけますか? ( はい・いいえ )
*	保険証忘れの方は、携帯電話以外で必ず連絡がとれる電話番号をご記入 ください。(必要な時以外にご連絡いたしません)	
9	その他	来院時間 時 分
10	初めてご来院の方	(当クリニックを何でお知りになりましたか?)
		ハローページ・インターネット・知人・家族・看板・家または会社が近い