

< 初診申込書 >

令和 年 月 日

1	フリガナ	
	氏名	様
2	生年月日	大正/昭和/平成 年 月 日 (男・女)
3	住所	
4	自宅/携帯電話番号	
5	緊急連絡先 電話番号	(勤務先または、付添のご家族の方のお名前とご連絡先をご記入下さい) ** 保険証忘れの方は、ご自宅・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。(必要な時以外はご連絡いたしません)
6	受診理由・症状等 (妊娠の有無) (交通事故受傷日)	内科 (いつ頃からどのような症状でしょうか?) 整形外科 (本日受診されたい部位と受傷また痛みはいつからありますか?) 妊娠中・妊娠中ではない (マル○して下さい) 年 月 日
7	保険証 (マル○して下さい)	社会保険/本人・家族 国民保険/本人・家族 高齢受給者証 生活保護 後期(長寿)高齢医療証 労働災害 事故災害 公費(乳・子・親 その他)
8	保険証お忘れの方 (マル○して下さい)	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)
9	その他	(飲んでる薬やアレルギー等事前に伝えたいことがあればお書きください)
10	(マル○して下さい)	お薬手帳に貼るシールを希望しますか?(する・しない)

(お薬手帳お持ちの方は、お預かりしておりますのでご用意下さい。)