診 療 申 込 書

年　　月　　日

● 不明な点は総合案内又は受付におたずねください。
● この申込書は保険証と一緒に受付へお出しください。

紹介状　（ 有 ・ 無 ）

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　月　日（満　才）

住所	〒　　－ 市 ・ 町 ・ 村	
		TEL（　　）　　－
勤務先	会社名	
	〒　　－ 市 ・ 町 ・ 村	
		TEL（　　）　　－

受診科

※診察を希望される診療科を〇で選んでください

1 内 科	2 外 科	3 呼吸器科	4 整形外科	5 脳神経外科
6 眼 科	7 心療内科	8 泌尿器科	9 婦人科	10 皮膚科
11 耳鼻咽喉科	12 リハビリテーション科	13 脳神経内科	14 健康診断	

渡航暦（ 有 ・ 無 ） いつ頃（　　） どこに（　　）／外国人　国籍（　　）

診察・会計時等に「名前」を読んでよろしいでしょうか？　□ はい　□ いいえ

ID：

※ 当院はEU（欧州連合）の個人情報保護に関する規則（GDPR）を遵守します。　公益財団法人 会田病院 2019/12