

診察申込書

太い枠内をご記入の上、保険証と一緒に受付にご提出ください。

*紹介状をお持ちの方はお申し出ください。

今までに当院を受診されたことがありますか？

1. ある(年 月頃) 2. ない

フリガナ				性	男 女
氏名				別	
生年月日	明 大 昭 平 治 正 和 成	年	月	日 ()才	<input type="checkbox"/>
現住所	〒 -				
自宅電話	TEL ()	-			
携帯番号	TEL ()	-			

《お願い①》当院へご来院のきっかけを教えてください。該当する番号を○で囲んでください

- | | | |
|------------------|------------------|--------------------|
| 1. 知人、友人、身内の紹介 | 8. 建物をみて | A. 大腸癌検診で診察をすすめられて |
| 2. 本院の患者さんの紹介 | 9-1. インターネットで知った | B. 当院が行った講演会を聞いて |
| 3. 新聞・テレビ等マスメディア | 9-2. メール予約をした | C. 保健所、農協、役場の紹介 |
| () | 10. 看板を見て | D. 電話帳の広告をみて |
| 4. 住いが近い | | E. その他 () |
| 5. 施設・クリニックカー | | F. 当院職員の紹介 |
| 6. 他病院等の医師の紹介 | | G. 高野病院の人間ドックをうけて |

《お願い②》当院へご来院の交通手段を教えてください。該当する番号を○で囲んでください

- | | | | | |
|---------|------------|-------|-----------------|------------|
| 1. 自家用車 | 3. JR | 5. 徒歩 | 7. タクシー | 9. その他 () |
| 2. バス | 4. バイク・自転車 | 6. 送迎 | 8. JRとバスまたはタクシー | 10 |

病院側記入欄

受付時間(:)

受付日				紹介医NO.	整理番号			-						
NO.							社 社 退 退 後 国 生 自 本 家 本 家 期 保 保 費							
保険者番号							公費番号							
記号・番号	.						受給者番号							
資格取得	年 月 日			資格取得	年 月 日									
有効期限	年 月 日			有効期限	年 月 日									
被保険者名				続柄										
(備考)							高 1・2・3 後 1・2・3							