診 察 申 込 用 紙

※太枠の中を記入してください　　年　月　日

フリガナ		性別
お名前		男 女
住所	〒	
生年月日	明治　大正 昭和　平成　　年　　月　　日	
電話番号	－　　－　　（　　宅）	
携帯電話	－　　－ 【 本人 ・ 家族 （ 氏名 ・ 続柄　　・　　）】	

※労災予定の場合、太枠の中を記入してください

会社名	
住所	〒
電話	－　　－

※緊急時等、その他連絡先

フリガナ	
お名前	（続柄・　　）
住所	〒
電話番号	－　　－

※病院使用欄

使用保険と診療科　　健保 ・ 労災 ・ 自賠 ・ その他（　　）

総診 ・ 小児 ・ 外科 ・ 消内 ・ 泌尿 ・ 眼科 ・ 耳鼻 ・ 循内 ・ 婦人

皮膚 ・ 整形 ・ 脳外 ・ 腎内 ・ 神内 ・ 放射 ・ 内泌 ・ 呼内 ・ 心外 ・ アレ