

しん さつ も う し こ み し ょ  
**診 察 申 込 書**

か ば あ い ま ど ぐ ち か か り い ん も う で  
**書きにくい場合は窓口係員にお申し出ください。**

- ◎ 以前に当病院にかかれたことがありますか ( はい ・ いいえ )  
◎ 他の病院・医院からの紹介状をお持ちですか ( はい ・ いいえ )  
◎ かかりつけの医師はありますか ( クリニック ・ 医院 ・ 診療所 ) ( 市 )

フリガナ	性 別	生年月日 Birth date
氏 名 Name	男性 Man 女性 Woman	西暦 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
住 所 Address	〒	
電話 ① Phone	( )	本人限定 ( ご本人以外の家族への伝言などをしないでほしい場合は本人限定に○をつけてください。 )
電話 ② Phone	上記以外の連絡先、緊急連絡先をご記入ください。 ( ) 本人携帯 ・ 職場 ・ 連絡先 ( )	

**けがで来院された方のみご記入ください。** ( 交通事故 ・ 工作中 ・ 通勤途上 ・ その他 )

**受診希望の科に○をつけてください。** 受診科が不明の場合は窓口に相談ください。

内 科	外 科	消化器センター	整形外科	精 神 科	産婦人科
眼 科	皮 膚 科	小 児 科	放射線科	検診・人間ドック	

受付係員 ( ) 確認 ( ) 阪南中央病院