

診察申込書

所定の欄に記入後、健康保険証と一緒に受付窓口へお出しください。

カルテNo. _____

受診される科に○印をつけて下さい。			
1 内科	2 外科	3 循環器内科・循環器外科	4 リハビリテーション科
初診年月日	令和	年	月 日
フリガナ			
氏名	(男・女)		
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日
住所	〒□□□-□□□□		
	電話番号(自宅または携帯) () -		
被保険者名			
勤務先			
職業		勤務先電話	
※交通事故・労働災害に関しましては、必ず○印をつけて下さい。 交通事故 ・ 労働災害			

※当院では、患者さまに安心して当院をご利用いただくため、患者様の個人情報取扱いにつきまして、パンフレット「個人情報の取扱いについて」にてご案内をしています。診察申込書にサインをされたことにより、当院の個人情報の取扱いに同意されたこととさせていただきます。

※個人情報と同様に「療養の給付と直接関係ないサービス(保険外による実費負担)」の利用につきましても、サービス内容及び料金表をご覧ください、同意されたこととさせていただきます。

医療法人社団 双心会 女満別中央病院

診察申込書

所定の欄に記入後、健康保険証と一緒に受付窓口へお出しください。

カルテNo. _____

受診される科に○印をつけて下さい。			
1 内科	2 外科	3 循環器内科・循環器外科	4 リハビリテーション科
初診年月日	令和	年	月 日
フリガナ			
氏名	(男・女)		
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日
住所	〒□□□-□□□□		
	電話番号(自宅または携帯) () -		
被保険者名		被保険者との続柄	
勤務先			
職業		勤務先電話	
※交通事故・労働災害に関しましては、必ず○印をつけて下さい。 交通事故 ・ 労働災害			

※当院では、患者さまに安心して当院をご利用いただくため、患者様の個人情報取扱いにつきまして、パンフレット「個人情報の取扱いについて」にてご案内をしています。診察申込書にサインをされたことにより、当院の個人情報の取扱いに同意されたこととさせていただきます。

※個人情報と同様に「療養の給付と直接関係ないサービス(保険外による実費負担)」の利用につきましても、サービス内容及び料金表をご覧ください、同意されたこととさせていただきます。

医療法人社団 双心会 女満別中央病院