

診療申込書

太枠の枠内を記入してください。

- 1 病院
2 診療所
3 保健所
4 市町村
5 学校等
6 施設等
7 職員
8 直接
9 救急
A その他
産科

年 月 日		登録番号			
受診者	氏名	カガナ	男・女	生年月日	西暦 (年 月 日) (歳 ヶ月)
	住所	〒 電話(自宅・携帯)			
	本籍地				
(保護者等) 連絡先	氏名	続柄	電話(自宅・携帯)		
	氏名	続柄	電話(自宅・携帯)		
保険区分	社会保険(協会けんぽ・組合・共済)・国民健康保険・生活保護・自費				

※「(保護者等)連絡先」欄の書き方

受診者がお子さま(未成年)の場合は「ご両親」・「ご祖父母」のうち、お二人についてご記入ください。

受診者が妊婦(成人)の場合は「配偶者」・「ご両親」のうち、お二人(お一人は必ず)についてご記入ください。

外来	1)一般	2)外科	3)新生児	4)循環器	5)神経	6)形成	7)血液	8)心臓	9)アレルギー	10)腎臓
入院	11)整形	12)産科	13)歯科	14)精神	15)リハ外来	16)母乳外来	17)遺伝科			