

小児用診察申込書

注: 中学3年生以下が小児科です。 (小児科)

※ご記入の上保険証・受給者証を添えて受付にご提出願います。

令和 年 月 日

フリガナ			男	平成	年	月	日生
氏 名			女	令和			
	旧 姓 (旧姓にて受診経験がある方) (実栗市内の方は、町名からご記入いただければ結構です。)						
住 所	〒(-)		電話番号		続柄()		
	マンション(アパート名)・ 部屋番号		上記以外 の連絡先		続柄()		
保護者住所			電話番号				
フリガナ							
保護者氏名			続柄()				
帰省先 実家等	〒(-)		電話番号 世帯主名				
小児科以外に 受診を希望さ れる診療科							

※ 上記に記載していただきました患者さまの個人情報はいく患者情報保護方針>に基づき適切に保護し管理いたします。

1. 診察券をお持ちの方は一緒にご提出願います。
2. 交通事故については必ずお申し出願います。
3. 受診科が不明な場合はおたずねください。

2013年4月1日より