

診療申込書(初診時)

		申込日	年	月	日
フリガナ					性別
氏名					男・女・その他
生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日
現住所	〒 -				
電話番号	(自宅)		(携帯)		

- 本日は紹介状をお持ちですか？ (はい・いいえ)
- 他の医療機関で自立支援医療を利用されていますか？ (はい・いいえ)
- 精神障害者手帳はお持ちでしょうか？ (はい・いいえ)
- 急な休診時などで病院から自宅に連絡しても良いですか？ (はい・いいえ)
- ・不在時に、ご家族に伝言をしても良いですか？ (はい・いいえ)

緊急連絡先・保護者連絡先

緊急 連絡 先	フリガナ				
	氏名	続柄 ()			
	住所	〒 -			
	電話番号	(自宅)		(携帯)	

【お願い】

- ・会計事務での間違いを減らすため、初診時に保険証のコピーを取らせてください。
保険証がない場合は、他の身分証明書の提示を願います。
- ・20才未満への投薬は保護者や配偶者の同意が必要です。
同伴なければ処方できないことをご了承ください。
- ・当院の初診は予約制となっています。
時間どおりを心がけますが、状況によってお待たせすることもあります。
- ・お手回り品にご注意ください。
申し訳ございませんが、盗難への保証はできません。
- ・お名前を呼ばせて頂く事に抵抗がある方は、事前にお申し出ください。

患者番号	
------	--