

# 診 察 申 込 書

★ 紹介状 ( 有 ・ 無 )

フリガナ \_\_\_\_\_ 0 男

氏 名 \_\_\_\_\_ 1 女

生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和

及び年齢 ( 年 月 日生) 才

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

携 帯 \_\_\_\_\_ ( )

電 話 \_\_\_\_\_ ( )

※ ご使用の保険を○で囲んでください。

・健康保険 ・労災 ・交通事故 (第三者行為) ・自費 (保険無し)

・交通事故 ( // 以外)

※ 交通事故「○」の種別が分からない方は受付おたずねください。

※ ご希望の科を○で囲んでください。

注) 問診票も記載の上、初診受付にご提出ください。

内 科	神経科	小児科	外 科
乳腺外科	脳外科	形成外科	小児外科
整形外科	皮膚科	泌尿器科	婦人科
眼 科	耳鼻科	東洋医学	甲状腺外来

※ 横須賀市がん検診希望の方は、○で囲んでください。

(横須賀市在住の方で、毎年5月1日～翌2月末まで)

①子宮がん検診 (20才以上女性)

※ この病院で以前、診療を受けられたことがありますか。

(診察) 無 ・ 有 年 月頃 科

(診察券) 無 ・ 有