

初診診療申込書 [平成 年 月 日]

(Medical examination application form)

ID No.:			
登録者名		予 約	有 ・ 無

↓ 太枠内を記入してください。Please fill in a fat frame.

フリガナ		性別(Sex)	生年月日(Date of Birth)			年齢(Age)
患者氏名 (Name)		男・女 (M) (F)	明治(M) 大正(T) 昭和(S) 平成(H)	年 Year	月 Month	日 Day 歳
フリガナ						国籍(Nationality)
現住所 (Address)	〒					
第1連絡先 電話番号 (Phone Number)	☐ 自宅 ☐ 携帯 Tel () — ☐ 本人 ☐ 家族(続柄: 氏名:)					
第2連絡先 電話番号 (Phone Number)	上記以外の連絡先で病院から連絡してもよい番号をご記入ください。 ☐ 自宅 ☐ 携帯 Tel () — ☐ 本人 ☐ 家族(続柄: 氏名:)					
保険の区分 その他	公的医療保険 ・ 自費 ・ 生活保護 ・ 交通事故 ・ 労災 セカンドオピニオン外来 ・ 他病院入院中 ・ 老人保健施設等入所中					
紹介状(Letter of Introduction)	有(Yes) ・ 無(No)		CD-ROM		有(Yes) ・ 無(No)	

※保険証及び紹介状、CD-ROM(有りの場合)は必ず窓口へご提出ください。

※記入していただいた情報は、患者情報以外には使用いたしません。

筑波大学附属病院

2015.3