

外来診療申込書 (新規 ・ 変更)

総合クリニック ドクターランド大宮

当院の受診が初めての方又は個人情報に変更があった方は記入頂いた上、受付にお並びください。

フリガナ		男	生年月日
名前		・	明・大・昭・平・令
		女	年 月 日 歳
住所	〒 - 都 道 - 県 府		
電話番号	- -	携帯番号	- -

※保険証をお忘れの方は10割負担となります。ご負担分の清算に関しては、「会計」窓口にてお尋ね下さい。

【職員記入欄】

診察券番号：

予約	あり ・ なし
紹介状	あり ・ なし

<input type="checkbox"/> 保険証忘れ	<input type="checkbox"/> 生活保護
<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 労災
<input type="checkbox"/> 健康診断	<input type="checkbox"/> 予防接種
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診察室	01	02	03	05	06	07
診療科	内 科	発 熱 科	耳 鼻 科	整 形 科	皮 膚 科	内 科
	①	外 来	科	外 科	科	②

症状 (受付ER問診コメント) :
