

診療申込書 ID

受診日	年	月	日
ふりがな お名前	男 ・ 女		
生年月日	大正	昭和	
	平成	令和	年 月 日 才
〒 ー			
住所	マンション・アパート名		
電話	()		
携帯電話	()		
※マイナンバーカードを保険証として利用した場合、毎回受付のカードリーダーでのオンライン資格確認が必要となります。また、各種公費受給者証(乳幼児/子ども医療証・特定疾患医療受給者証・公費負担医療受給者証 等)は登録がされない為、従来通り原本での確認が必要となります。お持ちの方は受付にご提示ください。			
どうなさいましたか？ (別途問診票もございます。簡単にご記入下さい。)			
✿他院からの紹介状や画像(CD-R 等)をお持ちの方は受付にお申し出ください✿			
お怪我された方にお伺いします			
お仕事中または通勤中によるものですか はい ・ いいえ			
→「はい」に該当する方は受付にお声がけください。			
交通事故によるものですか はい ・ いいえ			
当院はどのようにしてお知りになりましたか？(○を付けて下さい)			
知人の紹介 ・ 通りがかり ・ インターネットを見て			
インスタグラムやフェイスブックなどの SNS を見て ・ その他 ()			