

新患受付用紙

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	(男・女)
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日
住所	〒 ()
電話番号	自宅 () - ※固定電話のない方は携帯電話番号をご記入の上、 下記に必ず他に連絡の取れる電話番号をご記入ください。 携帯 () - 連絡先 () - 様方
受診希望の診療科名を○で囲んでください。 夜間または休日にお越しの方は、記入不要です。	内科 外科 消化器科 整形外科 ※眼科 ※脳神経外科 ※泌尿器科 ※耳鼻咽喉科 ※の診療科は、曜日によって診療日が異なります。詳しくは総合受付におたずねください。

☆遠方よりお越しの方は、滞在先をお知らせください。

連絡先 (滞在先)	市外局番 () -
--------------	------------

- ◇ 必要事項にご記入の上、保険証または後期高齢者受給証と一緒に受付窓口へ提出してください。
- ◇ 福祉医療受給者証をお持ちの方は併せて提出をお願いします。
- ◇ 個人情報保護法に基づき、この用紙はカルテ作成以外の目的には使用いたしません。