

# 前台申请表

填写后、请将此表同您的保险卡、介绍信一起交给前台。

病历卡号

— ×
-----

申请日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

时 间 \_\_\_\_\_ 上午·下午 \_\_\_\_\_ 时 \_\_\_\_\_ 分

平 假 名					性	男·女
姓 名						
出 生 日 期	年	月	日 生	( 年 龄 )		
住 址	〒 _____ 都道 区市 府県 町村  电话号码 家庭 : _____ - _____ 手提 : _____ - _____					
患者或户主的 工作单位	工 作 者			关 系 ( 例 子 : 大 女 儿 )		
	工 作 单 位					
	工 作 单 位 地 址	〒 _____ 电话号码 : _____ - _____				
上述以外的紧急联 络者  ( 我 不 在 乎 · 你 可 以 在 紧 急 情 况 下 联 系 )	平 假 名					
	姓 名					
	住 址	〒 _____ 都道 区市 府県 町村  电话号码 家庭 : _____ - _____ 手提 : _____ - _____				
在右记受诊是向相关的东西安上色子。				<input type="checkbox"/> 车祸 <input type="checkbox"/> 工作事故 <input type="checkbox"/> 健康诊断 <input type="checkbox"/> 疫苗接种		
希望的受诊科 ( 不 明 白 受 诊 科 的 情 况 是 记 载 不 用 )	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神内科 <input type="checkbox"/> 儿科 <input type="checkbox"/> 神经内科 <input type="checkbox"/> 脑神经外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 心血管外科 <input type="checkbox"/> 儿科外科 <input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 妇产科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 皮肤科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 放射科 <input type="checkbox"/> 麻醉科 <input type="checkbox"/> 康复理疗科 <input type="checkbox"/> 口腔颌面外科					
介绍信	有·无	预约	有·无	本院受诊	<input type="checkbox"/> 第一次 <input type="checkbox"/> 来了前 <input type="checkbox"/> 不明白	

~ 关于初诊时负担的选定疗养费 ~

不持他院介绍信的首次来院患者、本院加收初诊保险外选定疗养费 (7,700 日元)。

为了制作您的个人病历卡、请填写前台申请表。

您所提供的个人资料在本院使用。