

診察申込書 (ホームページ版)

※診察申込書に保険証、紹介状を添えて中央受付①番にご提出ください。

※受診する科に○印をつけてください。

内科	外科	小児科	整形外科	脳神経外科	婦人科
眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	ペインクリニック	皮膚科	
フリガナ 氏名 (男・女)				紹介状 あり・なし	
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月	日 (歳)
住所	〒□□□-□□□ (必ずご記入ください)				
	都道府県		市町村郡		
	電話 — —				
前回来院	年	月頃	または	古河赤十字病院を初めて受診します	
①交通事故ですか？	はい ・ いいえ				
②仕事中のケガですか？	はい(労災保険) ・ いいえ				
	※はいの場合は、下の欄にご記入ください				
	会社名				
	電話番号				

古河赤十字病院
