

(眼科) 初診申込書

受付 _____ 時 _____ 分

※太枠内をご記入ください

多根記念眼科病院

患者番号		診察申込日	年	月	日
フリガナ					性 別
氏 名					
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)				
住 所	(〒 -)				
ご連絡先 (電話番号)	① 自宅	(なし)			
	② 携帯電話 (本人・)	(なし)			
	③ その他 (勤務先・)				
勤務先名					
●受診理由について下記にあてはまるものがあれば☑チェックをお願いします					
☐ 他の医療機関からの紹介 ☐ 仕事中・通勤中のケガの治療のため ☐ 交通事故によるケガの治療のため ☐ その他 ()					
●(多根総合病院・多根脳神経リハビリ病院・多根クリニック・多根第二病院)の受診歴					
☐ ある ☐ ない ☐ 不明					

記入後、問診票・マイナ保険証・各種医療証など・紹介状と合わせて
①総合案内カウンターへお出しください。