診 療 申 込 書

申込年月日	年　　月　　日			ID		
受診希望科	1 内科	2 外科	3 整形外科	4 脳神経外科	5 泌尿器科	6 健康診断

ふりがな		男・女	生年月日	（ 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 ）
氏名				年　　月　　日 （　　才）
住所	〒　　―			
ご自宅電話番号	（　　）	携帯番号		（　　）
お勤め先		お勤め先住所・連絡先		〒　　― TEL　　（　　）
何か信仰はおもちですか	ない ある：（宗教名　　） （宗教に関して輸血を望まない等治療に配慮の必要はありますか？　ある　・　ない　）			
前に当病院で診療したことがありますか？　ある ・ ない　　年　　月頃				

※太枠内をボールペンで明確にご記入のうえ、
保険証と一緒に初診窓口へ提出してください。

医療法人田中会　西尾病院

登録	確認

2019/7/25