

1 D

・過去に当院を受診したことがありますか？					
いいえ		・	はい		
年		月頃			
科					
・他院からの紹介や健康診断後の再検査で受診ですか？					
いいえ		・	はい		
診療情報提供書持参（紹介状）		・健康診断結果持参			
・交通事故や仕事中（労災・公災）のケガで受診ですか？					
いいえ		・	はい		
事故		・	労働災害		
		・	公務災害		
・1ヶ月以内に、海外渡航歴がありますか？					
いいえ		・	はい		
国名		期間			
フリガナ			性別		
氏名			男	・	女
生年月日	令和・平成・昭和・大正		年齢		
	年		月	日	
現住所	郵便番号〒 -				

自宅電話	- -				
携帯電話	- -		患者の携帯電話以外を 記入した場合 患者から診た続柄		
被保険者 （世帯主）	被保険者（世帯主） との続柄				
他県の方は 滞在先住所 電話番号を 記入して ください	滞在先 住所			様方	

	滞在先 電話番号				

希望する科に ○印をつけて ください	小児科	内科(消化器・腫瘍)	外科
	産婦人科	循環器内科	形成外科
	泌尿器科	整形外科	脳神経外科
	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科
	皮膚科	放射線診断科	個人健康診断