

入力者	確認者

診療申込書 (太線の中を記入してください。)

公立西知多総合病院長 様

保険変更・追加	()の変更	診察券番号	
---------	-----------------------------	-------	----------------------

※この申込書は、保険証・各種受給者証等を添えて、受付へお出しください。

申込年月日	令和 年 月 日	■ 救急車(時 分)	
申込区分	☐ 一般疾病 ☐ 労働災害 ☐ 交通事故 ☐ 通勤災害		
※ 保険証の漢字氏名が戸籍の登録と異なる場合は受付へお申し出ください ※			
フリガナ			性別 男 ・ 女
氏 名			
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
住 所	〒 -		
連絡先 (電話番号)	※優先順 にご記入く ださい。	① () - [自宅・携帯・その他()]	
		② () - [自宅・携帯・その他()]	
緊急連絡先 ※できましたら本人 以外の連絡先を ご記入ください。	電話番号	() -	
	氏 名	(続柄 :)	
勤務先	勤務先 名 称		
	電話番号	() -	
紹介状	有	紹介元 ()	
	無	※ 初診時に紹介状（診療情報提供書）のない方は、初診料の他に「初診時選定療養費」がかかります。 裏面の「初診時選定療養費制度に係る説明・同意書」にご署名のうえ、診療申込をお願いします。	
～ 臓器提供意思表示カード（ドナーカード）をお持ちですか？ ～			
はい ・ いいえ			