

診療申込用紙

太枠内を記入して下さい

患者番号

ふりがな		男	生	大正 昭和	年	月	日
氏 名	様	女	年	平成 令和		(	歳)
住 所	〒				—		
	電話(自宅)						
	本人携帯						
勤務先等	緊急時連絡先						
	続柄 ()						
勤務先等		勤務先電話番号					

当院を何で知りましたか？ (○をつけて下さい)

- ①ホームページ ②ご紹介(知人) ③ご紹介(医療機関) ④近隣 ⑤駅の看板
⑥タウンページ ⑦新聞・雑誌 ⑧講演会 ⑨受診した事がある
⑩その他 ()

保険区分 (○をつけて下さい)

- ①健康保険 ②自賠責保険 ③労災保険 ④生活保護

◎診療申込書はご来院時、総合受付にご提出ください



 新札幌整形外科病院

〒004-0051 札幌市厚別区厚別中央1条6丁目2-8

Tel 011-893-1161