

[診 療 申 込 書]

※ ご記入の後、外来受付カウンターへお出してください。

←天使病院の診察券をお持ちの方はご記入ください。

患者ID		
申込日	令和 年 月 日	天使病院の受診歴	ある・ない・わからない
受診科目 <small>希望する科に○をつけて下さい</small>	<input type="checkbox"/> 内科（呼吸器内科 / 消化器内科 / 血液内科 / 糖尿病内科） <input type="checkbox"/> 循環器内科・腎臓内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 麻酔科		
確認事項	※ 該当する場合は○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 仕事中的ケガ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 北海道胆振東部地震被災者 <input type="checkbox"/> 健康診断を希望		
ふりがな			性別 男・女
氏名	様		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）		
住所	〒 ー 札幌市 区		
電話番号	自宅 ()	携帯 ()	
E-mail <small>※あればご記入ください</small>	@		
勤務先	名称		
	住所	〒 ー TEL ()	
職 種	21：会社勤務 23：学校勤務 24：官公庁勤務 12：自由業 41：学生 31：その他 51：無職		
世帯主氏名	※ 受診される方がご本人の場合は記載不要です。		続柄 妻・夫・父・母 祖父・祖母・子
滞在先	名称・氏名	※ 旅行中、帰省中などの方は滞在先の名称(ホテル名や世帯主名など)を記載してください。	
	住所	〒 ー TEL ()	
紹介状	有・無 ⇒ 「有」の方 [医療機関名]		
現在通院中の 病院または医院	有・無 ⇒ 「有」の方 [医療機関名]		

【登録者

】【点検者

】