

初 診 申 込 書

平成 年 月 日

当院では安全確保のためにお名前をお呼びしています。
望まない方は受付にお申し出下さい。

診 察 す る と こ ろ に ○ 印

整形外科 内科 小児科

皮膚科 (皮膚科毎週木曜 3:00~5:30)

健康診断 (健康診断は平日の午前 11:00 まで 午後 4:30 まで)

ふりがなは必ず記入してください。

ふりがな 氏名		男	電 話 番 号
		女	()
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 歳		
住所	〒 都道府県 郡区市		
該当するものに○	1. 国民健康保険	5. 生 保 (医療券)	
	2. 社会保険 (本人・家族)	6. 労 災	
	3. 交 通 事 故	会 社 名	
	4. 一 般	電話番号	

※当医院では、患者様の保険証を転記、誤りのないようにカルテにコピーさせて頂いております。不都合の方はお申し出下さい。

整形外科 外科 小児科
内科 神経内科 循環器科
消化器科 リウマチ科
形成美容外科 皮膚科
リハビリテーション科

〒347-0065 埼玉県加須市元町6番8号
医療法人 中田病院
社団弘人会
TEL (0480) 61 - 3122 (代)
FAX (0480) 61 - 4467 (代)