

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	年	月	日
氏名		女	年月日	昭和			歳
住所	〒	電話(自宅)					
		本人携帯					
		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

診療申込用紙・問診票の記入が終わりましたら事務受付窓口にご提出ください。



医療法人

新札幌整形外科病院

住所：〒004-0022 札幌市厚別区厚別南2丁目2-32

電話番号：011-893-1161 FAX番号：011-894-9070