

診療申込書

★初めて受診される方はこの用紙をご記入のうえ、保険証とあわせて受付までお出しください。

ふりがな			
氏名			
住所	〒	—	
自宅電話番号	—	—	
携帯電話番号	—	—	
その他緊急連絡先	—	—	
受診科 ○をつけて下さい	肛門科	内科	泌尿器科
	胃腸科	外科	その他
今まで当院を受診されたことはありますか？	はい	いいえ	
その際に手術されましたか？	はい	いいえ	
現在服用中のお薬はありますか？	はい	いいえ	
お薬や注射などのアレルギーはありますか？	はい	いいえ	

川崎病院

年 月 日

ID