

受診申込書

社会福祉法人京都社会事業財団

西陣病院

◆太枠内をご記入のうえ、保険証を添えて受付窓口へご提出ください

患者番号	受付日	年	月	日
------	-----	---	---	---

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	西暦・明治・大正・昭和・平成
					年 月 日 (歳)
現住所	〒 ※町名、番地、建物名、部屋番号までご記入ください				
携帯電話	-	-	固定電話	-	-

受診を希望される診療科目をお選びください

<input type="checkbox"/> 内科(一般・循環器・消化器)	<input type="checkbox"/> 糖尿病外来	<input type="checkbox"/> 呼吸器外来	
<input type="checkbox"/> 肝臓外来	<input type="checkbox"/> 膠原病外来	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 肛門外来
<input type="checkbox"/> ヘルニア外来	<input type="checkbox"/> 乳腺外来	<input type="checkbox"/> 胆石外来	<input type="checkbox"/> 低浸襲外科外来
<input type="checkbox"/> 腎臓・泌尿器科	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病外来	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脊椎外来
<input type="checkbox"/> リウマチ外来	<input type="checkbox"/> 末梢神経・股関節専門外来	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 放射線科

該当される場合はチェックをしてください

<input type="checkbox"/> 交通事故による受傷	<input type="checkbox"/> 通勤中・勤務中の受傷	<input type="checkbox"/> 健康診断希望
<input type="checkbox"/> 紹介状あり ※本書とともに受付窓口へお出しください	<input type="checkbox"/> フィルム・画像データあり	

当院をお知りになったきっかけ

<input type="checkbox"/> 家族から	<input type="checkbox"/> 知人から	<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> 他の医療機関	<input type="checkbox"/> 近隣
<input type="checkbox"/> その他[]				

受付者[] 登録者[] 確認者[]