

# (眼科)初診申込書

受付 時 分  
多根記念眼科病院

※太枠内をご記入ください

患者番号		診察申込日	年	月	日
フリガナ					性別
氏名					男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)				
住所	(〒 - )				
ご連絡先 (電話番号)	① 自宅	-	-	(なし)	
	② 携帯電話 (本人・ )	-	-	(なし)	
	③ その他 (勤務先・ )	-	-		
勤務先名					
●受診理由について下記にあてはまるものがあれば <input checked="" type="checkbox"/> チェックをお願いします					
<input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介					
<input type="checkbox"/> 工作中・通勤中のケガの治療のため					
<input type="checkbox"/> 交通事故によるケガの治療のため					
<input type="checkbox"/> 近視矯正手術(LASIK・ICLなど)希望のため					
<input type="checkbox"/> その他( )					
●(多根総合病院・多根脳神経リハビリ病院・多根クリニック・多根第二病院)の受診歴					
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明					

記入後、問診票(眼科病院を受診される方へ)・保険証(紹介状・医療証など)と合わせて①総合案内カウンターへお出してください。