※胃内視鏡検査（胃カメラ）・大腸内視鏡検査（大腸カメラ）は当院では実施しておりません。

ＩＤ

診　療　申　込　書

受付日（　　）　・

・カード忘れ　　・カード再発行（￥１１０）　・

※下記の太枠内にご記入をお願い致します。

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　　才		
住　所	〒　　－		
自宅電話	（　　）　　－		
本人携帯	（　　）　　－		
勤務先	勤務先名		
	電話番号　（　　）　　－　　内線番号（　　）		
緊急連絡先	フリガナ		
	氏　　名　　続柄（　　）		
（上記以外の電話番号）	電話番号　（　　）　　－		
受診時に聴力に不安をお持ちの方 ・難聴をお持ちの方へのサポートをする取り組みを行っています。 当てはまる方に〇をつけてください。	希望する　・　希望しない		

受診科を〇で囲んで下さい	・整　形	予　約　【　有　・　無　】【　　先生 】
		予約時間【　　：　　】～
	・内　科	【　　先生 】
	・紹介状/画像	【　有　・　無　】
	・健康診断	
	・予防接種	インフルエンザワクチン　【　助成　・　一般　】
		肺炎球菌ワクチン　【　任意　・　定期　】
		Ｂ型肝炎ワクチン