

発熱・かぜ症状（のどの痛み・鼻水・頭痛など）の方は、
記入前に申し出てください。

初 診 申 込 書

令和 年 月 日

該当する箇所を○で囲んでください。

* 本日、希望する診療科はどちらですか？	
内科(月～金曜日)	耳鼻咽喉科(毎月第1・3木曜日)
* 工作中的のケガ、又は交通事故ですか？	はい(工作中・交通事故) ・ いいえ

お手数ですが、下記のことについて、正しく記入をお願い致します。

ふりがな		性別	男・女
受診者氏名			
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	才	
現住所	〒	—	
	電話()	—	
勤務先			
勤務先住所		電話()	—
緊急連絡先 (御家族等)	相手先		
	住所又は電話番号	電話()	—

保険証と一緒に受付窓口へ提出してください。

紹介状、各種書類を持参されている場合も受付窓口と一緒に提出してください。

日高町立国民健康保険診療所