診　療　申　込　書

受付日　　年　　月　　日

受診者	(ふりがな)		
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　才）		
住所	〒　　都道府県　　区市　　町		
	丁目　　番地　　号 (ｱﾊﾟｰﾄ・ﾏﾝｼｮﾝ名)		
被保険者との続柄		職 業	
自宅電話	（　　）		
携帯電話	（　　）		
勤務先	（　　）		
紹介者			

☆以前当院で治療を受けたことがありますか？　ある　・　ない
“ある”とお答えの方は、いつ頃治療を受けましたか？　平成　　年頃

☆交通事故・仕事中の怪我等で受診される場合は、お申し出ください。

☆当診療所をどのような方法で知りましたか？
1. 看板等
2. ホームページ・インターネット等
3. 知人の紹介
4. 明海大学関係者の紹介
5. その他（　　）