

※ 当院では、転記間違いを防ぐため、保険証のコピーを頂いております。
 お預かりした個人情報は、安全管理のために必要な措置を講じ、適切に保管致します。

診察申込票				受付日	平成	年	月	日
受診クリニック	福山整形外科クリニック	フリガナ						
		お名前						
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 (才) (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)							
ご自宅ご住所	〒 - 都道 府県							
電話番号	☆ご自宅 () - ☆携帯 () -							
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 専門職 (医師・弁護士など) <input type="checkbox"/> 医療関係者 (看護師・薬剤師など) <input type="checkbox"/> 年金受給 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()							
勤務先名称・部署								
勤務先電話番号	() -							

(こちらで記入) No.2 _____ 健保 ・ 健診 ・ 自賠なし ・ 自賠あり
 自費⇒ (健保 ・ 労災) ・ その他の自費