

初 診 （ 再 診 ） 受 付 票

I D	
-----	--

初 診 日 (再 診 日)	年 月 日		
ふ り が な			
お 名 前	男 女		
生 年 月 日	T S H	年 月 日 (才)	
住 所	〒 —		
優 先 連 絡 先	()	—	続柄
そ の 他 連 絡 先	()	—	続柄
以 前 の 当 院 受 診	あ り (年 頃)	・ な し	
紹 介 状	あ り (病院・医院名を御記入下さい)	・ な し	

太枠内のみ御記入下さい。

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 ※正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

入力	
確認	