

第2号様式(第5条第1項)

診療申込書

年 月 日

フリガナ				性別	男・女
氏名					
生年月日		年 月 日生(歳月)		被保険者との続柄	
住所					
付添者	氏名			患者との続柄	
	住所				
来所手段		自家用車・タクシー・バス・電車・徒步・救急車・その他 ()			
希望する診療科		内科・小児科・眼科・耳鼻いんこう科			
症状 (簡単にお書きください。)					
薬や注射などで、何か異常が起きたことはありますか。		無・有	有の 場合	薬の名前 ()・わからない	
ぜんそく、じんましん等のアレルギーが起きたことはありますか。		無・有	有の 場合	アレルギーの名前 ()・わからない	
過去6箇月以内に海外渡航をしたことありますか。		無・有	有の 場合	(国名)	
いままでにどんな病気にかかったことがありますか。		(病名)			

受付番号	受付時間	年 月 日 時 分
------	------	-----------

(注意) 1 印欄は、記入しないでください。

2 記入が終わりましたら保険証等を添えて窓口にお出しください。

(A5)