

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				被保険者 との続柄	
生 年 月 日		年 月 日生(歳 月)			
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・徒歩・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 はありますか。		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。