

■ 初診申込用紙

ID					
----	--	--	--	--	--

※保険証を添えて、新患受付の①の窓口へお出し下さい。

受診科○印	内科・小児科・外科・整形外科		
フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
住所	(〒 -)		
電話番号	- -		
●以前、水府病院にかかったことはありますか？ ある(内科・小児科・外科・整形外科)・ない			
●紹介状をお持ちですか？		はい・いいえ	
●元国家公務員ですか？		はい・いいえ	

◎当院では、患者さまの個人情報の保護に全力で取り組んでおります。
患者さまの個人情報の利用目的については、院内掲示をご覧ください。