

* 診察申込用紙 *			年	月	日	受付
■ 電話予約をなさいましたか？		はい ・ いいえ				
ふりがな					性別	
お名前					男 ・ 女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	
ご住所	〒 - マンション名					
ご連絡先	自宅電話番号()		-			
	携帯電話番号()		-			
勤務先	社名	電話番号()		-		
■ かかりつけ病院・医院はございますか？						
病院 ・ 医院 ・ 診療所 ・ クリニック						
■ 本日紹介状はお持ちですか？						
はい ・ いいえ						
■ 以前に洛和会音羽病院を受診された事がありますか？						
はい ・ いいえ						

個人情報の利用に関する同意書 ※必ずご記入ください。

個人情報の利用目的についてはポスターに掲示し、その利用目的以外では使用いたしません。
ご確認の上、ご同意いただけましたら下記にご署名をお願い致します。

患者様署名 _____

代筆者署名 _____ 続柄()

※なお、利用目的について同意しがたい項目がある場合は別途お申し出ください。

【希望される受診科に○印をご記入ください。】		
階	診療科	
1F	泌尿器科	神経精神科※完全予約制
	腎臓内科	
2F	小児科	
	消化器内科	
	血液内科	
	外科(腹部一般)	
	肛門科※完全予約制	
3F	総合内科	感染症科・トラベルクリニック
	心臓内科	乳腺科※完全予約制
	形成外科	京都下肢創傷センター※完全予約制
	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	緩和ケア内科※完全予約制
	心臓血管外科	
4F	産婦人科	皮膚科
	呼吸器科	糖尿病内分泌内科
	神経内科	総合内科(リウマチ・膠原病外来)
	脳神経外科	
アイ センター	眼科	
	<input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> 他院のご紹介 <input type="checkbox"/> 院内掲示 <input type="checkbox"/> その他()	

◆ 保険証、公費受給者証等を添えて、総合受付へご提示ください

受診科のわからない場合は
総合受付までお気軽に
お尋ねください。



登録者	確認者
印	印

※必ずチェック

洛和会音羽病院 外来

29年4月作成

ID:	-
-----	---