

- **太枠内の項目を記入してください。(必須項目は必ず記入お願いします。)**
- ご予約は本日より3日後以降でお願いします。(例:本日が月曜の場合、水曜以降での予約をお願いします。)  
注: 仕事上の事故(通勤・帰宅途上の事故を含む)、及び交通事故の方は事前に手続きが必要となります。  
本予約をお取りすることが出来ませんのでご了承ください。
- FAXでお申込の方は、**診療申込書**と**保険証**を送信してください。  
(FAXにて診療決定書をご返送いたします。)

診療申込書					
ID(診察券)	※ 診察券をお持ちの方、診察券に記載された6桁の数字				
ふりがな (必須)				性別 (必須)	男性・女性
氏名 (必須)					
生年月日 (必須)	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	( )才
住所	〒 -				
電話 (必須)	自宅(携帯) ( ) ※ ご連絡の取りやすい番号を記入してください。				
緊急連絡先 (必須)	( ) ※ 容態が急変した場合などに、親族等ご連絡がとれる電話番号を記入してください。				
FAX (必須)	( )				
メールアドレス	@				
診察希望日 (必須)	・第一希望	月	日	曜日	・第二希望 月 日 曜日
希望診療科 (必須)	内科			和漢診療科	精神科
	外科			泌尿器科	整形外科
	小児科			皮膚科	耳鼻咽喉科
	婦人科			放射線科	眼科
症状 (簡単に)					

診療日決定書					
受診決定日時:	平成	年	月	日	曜日 午前・午後 時 分
受診科	科				
受診決定日時:	平成	年	月	日	曜日 午前・午後 時 分
受診科	科				
持ち物:	保険証, 診察券, 紹介状(お持ちの方のみ)				