

登録

診療申込書

保 險 証	受 返	
-------------	--------	--

※赤枠内のみ記入して下さい

受付日	平成 年 月 日	患者番号	10-	変更の有無
フリガナ		男・女	カルテ番号 20-	□なし□あり
氏名		女	受診科	
住所	〒□□□□-□□□□	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	□なし□あり
電話	自宅 () -	被保険者氏名		□なし□あり
	本人携帯 () -	被保険者からみた続柄		□なし□あり
	緊急時連絡先 () -	続柄 ()		

紹介状	<input type="checkbox"/> あり	医療機関等名 電話番号
	<input type="checkbox"/> なし	別途保険外併用療養費を お支払いいただきます
レントゲンフィルム等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

旧 歯	20-
-----	-----

北大の医科を受診したことがありますか 有・無 (-)
診察券をお持ちの方は提示願います

保険者名(公費負担者番号)	継続	本家	給付割		保険記号	保険番号(公費受給者番号)	開始年月日	終了年月日	資格交付
			外	入					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					