受　診　申　込　書

No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生　年　月　日
患者氏名	旧姓（　　）	男・女	大正　・　昭和　・　平成 年　　月　　日
現住所	〒　　－		
自宅電話	（　　）　　－	携帯電話	（　　）　　－
第２連絡先	【必要時に病院から連絡してもよい電話番号をご記入ください】 □ ご家族　　□その他 ご本人との関係（　　） 氏　　名（　　） 電　話　番　号（　　）　　－		
介　護　保　険	使　用　・　未　使　用		
お薬手帳の記載は必要ですか	は い　・　い い え		
呼出時に氏名をお呼びしてもよろしいですか	は い　・　い い え ※いいえの場合　どのようにお呼びしましょうか 〔　　〕		

重井医学研究所附属病院　総合受付