

# 診 察 申 込 書

申込	令和	年	月	日
----	----	---	---	---

患者番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

※太枠内のみご記入ください。

患者 さんの 前の	ふりがな		_____ (性別) 男・女		昭・平・令		年	月	日生	
	氏名		_____		_____		歳	か月		
住 所	〒									
	ふりがな		_____		_____					
	都道 府県	市 郡	町 村							
※国籍 (「日本」以外の方のみご記入ください)										
連 絡 先	携帯番号①	— —		(続柄: _____)		氏名: _____				
	携帯番号②	— —		(続柄: _____)		氏名: _____				
	自宅番号	なし・あり		— —						
保 護 者 ・ そ の 他 の 連 絡 先	氏名 (保護者・その他)		患者さんとの続柄		国籍 (「日本」以外の方のみご記入ください)					
	_____		_____		_____					
	※上記以外にご連絡をご希望の場合は、以下へご記入ください。									
	住所 (自宅・実家・その他 _____)									
連 絡 先	〒	—	都道 府県		市 郡	町 村				
	電話番号 (携帯・実家・その他 _____)									
	—		—							
備考										

患者さんや同居されている方が、はしか・水ぼうそう・おたふくかぜ・風疹・はやり目 (流行性角結膜炎)・インフルエンザに罹っているとき又はこれらの方が周囲におられるときは、受診日の前日か当日の来院前に電話でご連絡ください。場合によっては、受診の延期や特別な来院方法をお願いすることがあります。院内感染防止のためにご協力をお願いします。

※記載いただいた個人情報は診療目的以外には利用いたしません。

長野県立こども病院 2020.04