

ID					
----	--	--	--	--	--

初診申込用紙

※保険証を添えて、新患受付の①の窓口へお出し下さい。

受診科○印	内 科 ・ 外 科 ・ 整 形 外 科		
フリガナ			男・女
氏 名			
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月 日
住 所	(〒 -)		
電話番号	— —		
● 以前、水府病院にかかったことはありますか？ ある (内科・小児科・外科・整形外科) ・ ない			
● 紹介状をお持ちですか？ はい・いいえ			
● 元国家公務員ですか？ はい・いいえ			

◎当院では、患者様の個人情報の保護に全力で取り組んでおります。患者様の個人情報の利用目的については、院内掲示をご覧ください。