

診療申込書

(Application Form)

診察券 No.

保険証原本をご提示ください。(コピー不可) (Submit your health insurance card with this sheet.)

★印の欄の記入は任意です。(Optional)

ふりがな					
氏名 (Name)	姓 (Last)	年 月 日 (Year) (Month) (Day)			名 (First / Middle)
生年月日 (Date of Birth)	西暦(A.D) 大・昭 平・令	年 (Year)	月 (Month)	日 (Day)	性別 (Sex) 男 女 (Male) (Female)
住所 (Postal Code · Current Address)	〒 —				
携帯電話番号 (Cell phone No.)	— —		自宅電話番号 (Home No.)	— —	
★国籍 (Nationality)			★宗教 (Religion)		

緊急時連絡先 (Emergency Contact)

ご本人様以外の電話番号をご記入ください。(Write at least one number.)

ふりがな	続柄	電話番号	住所
氏名 (Name)	(Relationship)	(Telephone No.)	(Current Address)
①		— —	〒
②		— —	〒

医療法人財団 アドベンチスト会

職員サイン欄		
入力	確認	病院カルテ 管理登録