

現在お住まいになっている住所をご記入ください。

記入例

受診当日の日付をご記入ください。

--	--	--	--	--	--

診療申込書

NTT 東日本関東病院

太枠線内のみご記入願います。		(紹介区分) ・紹介状なし・地元医師・その他医師	申込年月日	2020年 10月 1日																																							
受診者	フリガナ	カントウ タロウ		男 女	大正 昭和 平成 令和																																						
	お名前	関東 太郎			12年 1月 1日生																																						
	現住所	〒 141 - 8888 東京 (都道府県) 品川 (区市郡) 五反田 1-1-1 ○○マンション○○ <small>(マンション・アパート名、部屋番号等までご記入願います。)</small>																																									
	電話番号	自宅 (03) 3448 - 1111		携帯 (090) 7777 - 1111		緊急連絡先 (氏名: 関東 一郎 関係: 父) (03) 3333 - 6666																																					
被保険者の勤務先	勤務先名	NTT 東日本関東病院 ○○部○○課 <small>(所属部課名までご記入願います。)</small> (職業) 事務職		<table border="1"> <tr> <td>1 社保</td> <td>3 前期</td> <td>5 公費</td> <td>A 本人</td> </tr> <tr> <td>2 国保</td> <td>4 後期</td> <td>6 私費</td> <td>B 家族</td> </tr> </table>				1 社保	3 前期	5 公費	A 本人	2 国保	4 後期	6 私費	B 家族																												
	1 社保	3 前期	5 公費	A 本人																																							
	2 国保	4 後期	6 私費	B 家族																																							
	勤務地	〒 141 - 8625 東京都品川区東五反田 5-9-22		特記事項																																							
電話番号	(03) 3448 - 6111																																									
被保険者氏名	関東 太郎		外国籍の方は国籍をご記入願います。																																								
<table border="0"> <tr> <td>循環内</td><td>消内</td><td>脳神内</td><td>腎臓内</td><td>内分泌</td><td>血液内</td><td>総合診</td><td>精神</td><td>心療</td><td>腫内</td><td>呼内</td><td>呼外</td> </tr> <tr> <td>小児</td><td>外</td><td>乳腺外</td><td>感染内</td><td>リウ</td><td>脳外</td><td>脳血内</td><td>ガンマ</td><td>心外</td><td>整形外</td><td>スポ整</td><td>皮膚</td> </tr> <tr> <td>泌尿器</td><td>産婦人</td><td>眼</td><td>耳鼻</td><td>放射線</td><td>口腔</td><td>ペイン</td><td>リハ</td><td>緩和</td><td>救セン</td><td>救急科</td><td>ドック</td> </tr> </table>								循環内	消内	脳神内	腎臓内	内分泌	血液内	総合診	精神	心療	腫内	呼内	呼外	小児	外	乳腺外	感染内	リウ	脳外	脳血内	ガンマ	心外	整形外	スポ整	皮膚	泌尿器	産婦人	眼	耳鼻	放射線	口腔	ペイン	リハ	緩和	救セン	救急科	ドック
循環内	消内	脳神内	腎臓内	内分泌	血液内	総合診	精神	心療	腫内	呼内	呼外																																
小児	外	乳腺外	感染内	リウ	脳外	脳血内	ガンマ	心外	整形外	スポ整	皮膚																																
泌尿器	産婦人	眼	耳鼻	放射線	口腔	ペイン	リハ	緩和	救セン	救急科	ドック																																

被保険者証をお持ちの方はご記入ください。