

--	--	--	--	--

受診票
REGISTRATION CARD

年 月 日

フリガナ 氏名 Name	姓	名		男 M ・ 女 F
生年月日 Date of Birth	昭・平・令 年	月	日 (才) Yr mo day age	
住所 Address	〒 -			
電話番号 Telephone Number	* 固定電話/Landline Phone		* 携帯電話/Mobile Phone	
世帯主氏名 Household Head's Name			世帯主との続柄 Relationship	
勤務先又は学校名 Business	TEL()			
紹介者名 Introduced by			受診科 希望名	外科 ・ 内科 整形外科 ・ 小児言語 皮膚科 ・ 緩和ケア その他 ()
この病院での受診は First Visit?	初めて Yes	以前にある No		

医療法人財団 愛泉会 愛知国際病院

* 受診日当日にお持ちいただくもの

1. 健康保険証
2. 各種医療受給者証
3. 受診票 (本票)
4. お持ちであれば、紹介状・お薬手帳など処方内容のわかるもの

愛知国際病院 (代表) 0561-73-7721