

--	--	--	--	--

# 受診票 REGISTRATION CARD

年 月 日

フリガナ				様 男 M・女 F
氏名 Name	姓 (Family name)	名 (Personal name)		
生年月日 Date of Birth	昭・平・令	年 Yr	月 mo	
現住所 (施設名) Address	〒 -			
住民票のある住所 Certificate of Residence	同上・その他 ※その他の場合は住所を記入してください 〒 -			
電話番号 Number	自宅 / Landline Phone		本人携帯 / Mobile Phone	
緊急連絡 Emergency contact	緊急連絡先氏名 (本人との続柄) Next of kin/Relationship ( )		緊急連絡先 (携帯) / Emergency Mobile Phone	
その他	受付時にご提出ください 紹介状・CDR	当院を知った理由 紹介 (知人・家族・医療機関) 看板広告・インターネット その他 ( )	通院方法 自家用車・家族送迎 タクシー・くるりんバス その他 ( )	

医療法人財団 愛泉会 愛知国際病院