

愛知国際病院 小児科用受診票

20 年 月 日

フリガナ 氏 名 (Name)	姓 (Family)	名 (First)	男 女
生年月日 (Birth Date)	平成 年 月 日 () 才 yr mo day age		
住 所 (Address)	〒 -		
	自宅(TEL) - -	携帯(cell) - -	
世帯主名 (Household Head's Name)		世帯主との続柄	
緊急連絡先 (In case of emergency)	〒 -	TEL - -	
紹介者 (Introduced by)			

受診日当日にお持ち頂くもの

1. 健康保険証
2. 各種医療受給者証
3. 小児科用受診票（本票）
4. 小児科問診票
5. 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