

診 察 申 込 書

No. _____

※太枠内をご記入ください

年 月 日

フリガナ			年 齢	歳 (月)	生年月日	
受診者氏名	(男 ・ 女)				平 ・ 令	年 月 日
フリガナ			電話番号	自宅 携帯 () 携帯 ()		
受診者住所	〒			※()内に続柄を記入してください		
フリガナ			受診者との関係	備考		
保護者氏名						
きずなに来られたきっかけ			・ 医師 ・ 健診 (1才半・3才・()) ・ 保育園の先生 ・ 学校の先生 ・ その他 ()			
保険者番号			記号	番号	枝番	
本・家	資格取得年月日 . .		事業所名・保険者名			
公費番号						
福祉医療費受給資格番号			こども ・ 障 ・ 親			
摘要	身体障害者手帳	級 種	富山県第 号 (交付年月日 . .)			
	療 育 手 帳	療育 A ・ B	富山県第 号 (交付年月日 . .)			

診察予約TEL 0766-50-8066

記入例

診 察 申 込 書

No. _____

※太枠内をご記入ください

年 月 日

フリガナ	タカオカ キスナ		年 齢	4 歳 (月)	生年月日	
受診者氏名	高 岡 きずな (男 ・ 女)				平 ・ 令	30 年 1 月 20 日
フリガナ	タカオカシエジリ		電話番号	自宅 21-3615 携帯 090-1234-5678 (父) 携帯 090-5678-1234 (母)		
受診者住所	〒 933-0062 高岡市江尻279			※()内に 続柄 を記入してください		
フリガナ	タカオカ タロウ		受診者との関係	父	必ず2人分の携帯番号をご記入ください。	
保護者氏名	高 岡 太 郎					
きずなに来られたきっかけ			・ 医師 ・ 健診 (1才半・3才・()) ・ 保育園の先生 ・ 学校の先生 ・ その他 ()			
保険者番号			記号	番号	枝番	
本・家	資格取得年月日 . .		事業所名・保険者名			
公費番号						
福祉医療費受給資格番号			こども ・ 障 ・ 親			
摘要	身体障害者手帳	級 種	富山県第 号 (交付年月日 . .)			
	療 育 手 帳	療育 A ・ B	富山県第 号 (交付年月日 . .)			