

受付

年 月 日

発熱外来(内科)受診カード No.		-	
氏名	(フリガナ)		
	(男・女)		
生年 月日	大・昭・平・令	年 月 日生	()才
住所	〒		
被保険者		続柄	職業
電話 番号	検査結果の連絡をします。必ず2か所以上、記入して下さい。 未成年の方は必ず、保護者氏名と連絡先を記入して下さい。		
	携帯電話 _____		
	自宅 _____		
	その他連絡先 _____ 続柄()		
	保護者氏名 _____ 連絡先 _____		
1. 当院に以前受診したことがありますか。			
はい 年 月頃 科に受診した。			
いいえ			
至誠会第二病院 発熱外来 2022/01/26			