

診療申込書

FOSPOC No.

| | | | | |
|------|-----|---------------------------------------|---------------|----|
| フリガナ | | 男・女 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 | 年齢 |
| 氏名 | | | 年 月 日 | 才 |
| 住所 | 〒 - | 電話番号 連絡させていただくことができますので携帯もご記入ください。 | | |
| | | (自宅) あり ・ なし - - | | |
| | | ----- | | |
| | | (携帯) 本人 ・ 父 ・ 母 - - | | |

※診療申込書に記入された個人情報は、当クリニックにおける患者登録及び診療の業務でのみ使用いたします。

注1.交通事故や仕事中・通勤途中での事故/怪我で診療を希望される場合は受付に必ずお申し出ください。

当院では、交通事故での怪我に対する治療は行っておりませんので、ご理解の程よろしくお願いいたします。

他院からの紹介状やレントゲン等の検査データがある場合は、受付までお出しください。

藤田整形外科・スポーツクリニック
兵庫県神戸市須磨区磯馴町3-2-20