

診 療 申 込 書

年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名	旧姓 ()	男 ・ 女	大・昭 年 月 日 平・令 (歳)
住所	〒 ー		
電話番号	自宅 ()	携帯	()
施設に入所されている方	施設名 電話 ()		
右記に該当する方は ○をしてください	交通事故	労災 (予定も含む)	

社会福祉法人恩徳福社会 青山第二病院