

時間外救急診療申込書

NO. _____

受付担当者 _____

市立角館総合病院院長 様

救急外来の利用について理解しました。時間外救急診療を希望します。

診察料等については、速やかに支払いいたします。

平成 年 月 日 署名 _____

当院を初診の方、当院の診察券をお持ちでない方はお手数ですが、下記の項目にもご記入をお願いいたします。

フリガナ 患者氏名	生年月日 明治 昭和 年 月 日生 大正 平成 (歳)	性別 男・女
現住所		
連絡先 ①TEL	自宅・携帯・職場・その他 ()	
②TEL	自宅・携帯・職場・その他 ()	
患者本人が記入できない場合には代筆をお願いします。		
代筆者氏名		
患者との関係	家族・親戚・友人・知人・その他 ()	
連絡先 ①TEL	自宅・携帯・職場・その他 ()	

病院の受付担当者が記載をします。(保険証・免許証・身分証明書等のコピーは裏面へ添付)

初診 診察券あり

保険証あり・なし

預かり金の有無 あり (5000円・10000円) なし

その他特記事項 _____