

診 察 申 込 書 (Application form)

※ 太枠内をもれなくご記入下さい。

申込年月日

平成

年

月

日

今までに、高志リハビリテーション病院、高志通園センター又は高志学園を受診されたことがありますか。 (有・無)														
フリガナ											性別(Sex)			
氏名 (Name)											男・女			
生年月日 (Date of birth)	明治・大正 昭和・平成						年 月 日		年齢 (Age)	歳 (ヶ月)				
住所 (Address)	〒 —													
	電話(Tel) () —													
勤務先							職業 (Occupation)							
生活状況	1. 在宅 2. 医療機関に入院中 3. 施設に入所中 (老人保健施設・その他)													
申込区分	1. 一般疾病 2. 労災 3. 交通事故 (自損・その他) 4. 健康診断													
診 療 科 (Department) ※受診される診療科に○印を付けてください。														
内科	神経内科	整形外科	リハビリ科	泌尿器科	精神科	脳神経外科	皮膚科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科	小児科 (小児神経科)	小児整形外科	精神科 (子どもの心の外来)	
01	29	03	04	05	06	07	08	09	10	11	22	23	26	

緊急時連絡先

連絡者氏名	続柄 ()												
住所	〒 —												
	電話 () —												

入力	確認	ID