診療申込書

●紹介状と共に送付してください

						―	

新規登録	＊紹介状	有 ・ 無
科別登録	予約	有（連携・外来） 無

＊他保険医療機関からの当院宛紹介状等

＊太枠内にご記入ください。

ふりがな	
受診者 氏名	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　（　　歳）
住所	〒　　－ 　　県　静岡市　駿河区・葵区・清水区
電話番号	－　　－　　（携帯番号）　　－　　－

保険・見込
一般自費
交通事故
労災・見込
公災・見込
生活保護

職員･職員家族	続柄
職員氏名：	
部署名：	

他科再診	

□ 選定療養費同意済
（初診時 5500 円・再診時 2750 円）
□ 該当科受診を外来にて了承済

受診科	整	リハ	小児	歯

通園先 （　　）

療育先 （　　）

最もお困りの点をお書きください。

（　　）

静岡済生会総合病院
＜送付先＞　〒422-8006　静岡市駿河区曲金 5-3-30
静岡済生会療育センター令和　外来宛