診療申込書

申し込み書に必要事項を記入のうえ、健康保険証とその他お持ちのもの（老人医療証・その他の医療証・他院からの紹介状・診療情報提供書・診察券）をあわせて総合受付にお出しください。その際、当院では保険登録の間違いを防ぐために保険証のコピーを行なっております。なお、手続きが終了したコピーは一定期間厳重に保管後適切に廃棄しております。

※不明な点はお気軽に総合受付にご相談ください。　　**※事故による受診の際は、総合受付までお申し出下さい。**

申込年月日　　平成　　年　　月　　日

受診科目 希望する科に○をしてください	内科	精神神経科	心療内科	外科	脳神経外科	泌尿器科	肛門科	皮膚科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	婦人科	リハビリテーション科	※予約検査	放射線科

フリガナ			性別	生年月日（Birthday）
お名前 （NAME）	姓（Family name）	名（First name）	男 （Male） 女 （Female）	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日
住所 （Address） ｱﾊﾟｰﾄ・ﾏﾝｼｮﾝ名もご記入ください。	〒（　　－　　）			
	電話（Phone Number）	－　　－	職業 （Occupation）	
	携帯電話（mobile phone number）	－　　－		
自宅以外の連絡先	勤務先（名称及び氏名）		緊急連絡先（名称及び氏名）（emergency address）	
	電話　　－　　－		電話　　－　　－	
紹介元病院名				

初めて当院を利用される方のみお答えください。（複数回答可）

1.他院の紹介　2.インターネットの情報を見て　3.家族・友人等の紹介　4.情報誌（雑誌）等の情報を見て
5.近いから　6.広告を見て（駅・電柱等）　7.会社が東急関係だから　8.その他（　　）

東急グループ関係の方のみご記入ください。

勤務先名及び所属部署名	該当個所に○をしてください
	□ 東京急行電鉄（株）の職務乗車証を持っている。
	□ 東京急行電鉄（株）の家族乗車証を持っている。
	□ 東京急行電鉄（株）の永年勤続乗車証を持っている。

東京急行電鉄株式会社　東急病院　　東京都大田区北千束3－27－2　03（3718）3331（代）