

診察申し込み書

令和 年 月 日 曜日

ふりがな

男

氏名

女

大正・昭和

平成・令和

年

月

日(

才)

ご住所

〒

TEL(自宅)

TEL(携帯)

緊急連絡先(電話番号)

関係:

◎交通事故によるものですか？

いいえ・はい → (相手がいる・いない)

◎仕事中によるものですか？ (労災・公災)

いいえ・はい ↓

会社の名前

会社の電話番号