


			No.		
<b>初诊申请表</b>		カルテNo.	保険	自費	
 <b>Has岛袋医院</b>			填表日期： 年 月 日		
姓名		英文字（拼音）		性别 男 • 女	
生年月日： 年 月 日					
国内地址：					
现住址：					
电话					
手机：					
紧急联络处：		英文拼写：	关系：		
（请一定记入能尽快 联络上的姓名电话）		姓名：			
		电话：			
<b>希望检查科目</b>					
请在希望检查 的科目上画圈 ○	1. 肿瘤外科		2. 肿瘤内科		
	3. 外科		4. 过敏科		
	5. 其他				
<b>请告知选择本院治疗的理由</b>					
可以多项选择 ○	1. 其他医院介绍		2. 朋友介绍		
	3. 社区新闻看到		4. 电视广播		
	5. 新闻杂志报道		6. 广告		
	7. 公开医学讲座		8. 网络		
	9. 其他（ ）				
工作人员记入栏	确认者		入力者		
保険番号：					