新患受付申込用紙　（　月　日）

ふりがな		男・女
患者氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成　年　月　日（　歳）	
紹介状の有無	有・無	

受診科名の上に○をしてください																		
	内科	心療内科	神経内科	消化器科	小児科	外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	心臓血管外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	麻酔科	歯科口腔外科	健康診断

住所	〒　（　－　）
電話番号	（　）　－
携帯番号	

以前に当院を受診したことが　ある（　科　年　月頃）　ない

主な症状をお書きください

（お仕事中のケガ・交通事故のケガ　※該当でしたら○をつけてください）

長野松代総合病院

◆患者さんの個人情報は、ご本人の診療・健康管理の目的以外には使用せず、また、個人情報を法令で定める場合を除き、許可なく外部の第三者には提供いたしません。

●初診時に紹介状をお持ちでない場合は、選定療養費（自費）『2,500円（税込）』を会計時、健康保険の初診料とは別にお支払いいただくようになりますのでご了承ください。