

福岡県こども療育センター新光園

診療申込書

下記太枠に必要事項を記入してください。尚、診療申込書などの個人情報をご提供いただく場合は、当園における診療・治療目的の範囲内で利用いたします。

患者氏名	ふりがな	
	男 ・ 女	
生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳 か月)	
住所	〒	
保護者氏名	ふりがな	患者との続柄
保護者電話番号		
受診科 (○をつけてください)	整形外科 ・ 小児科 ・ 児童精神科 ・ 歯科	
過去に当園を受診されたことがありますか	はい (_____年頃_____科) ・ いいえ	

-----以下は記入しないでください-----

受診候補日		確定
①令和	年 月 日 () 時 分	
②令和	年 月 日 () 時 分	
③令和	年 月 日 () 時 分	

チ エ ツ ク	①児童指導員 受診日の調整	②小児科 受診日の確認	③外来 受付にコピーを渡し、原本保存