

岐阜県立多治見病院 基本情報登録依頼票（FAX）

多治見病院受付FAX：

0572-21-1022

①氏名（漢字）	
氏名（フリガナ）	
②性別	男 ・ 女
③生年月日	年 月 日
④住所と郵便番号	〒 —
⑤電話番号（自宅及び折り返し連絡する電話が別の場合はその電話番号も）	
⑥健康保険の種類・保険者名・記号・番号（保険証を見てご記入ください）	
⑦受診希望診療科名	消化器内科・循環器内科・腎臓内科・ 血液内科・呼吸器内科・内分泌内科・ 膠原病リウマチ科・精神科・神経内科・小児科・ 消化器外科・乳腺内分泌外科・呼吸器外科・ 心臓外科・血管外科・整形外科・ 形成外科・脳神経外科・麻酔科・ 皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・ 耳鼻いんこう科・放射線科・歯科口腔外科・ 要相談（診療科不明）
⑧受診希望日時 （第3希望までお書きください）	
⑨紹介状（診療情報提供書）の有無	有 ・ 無