

お名前 【 】

診察券番号 【 】

★記入して入院時にご持参ください

<p>現住所</p>	<p>〒 _____ TEL : (        )                  _____ 携帯 : (        )                  初診手続き時から <input type="checkbox"/>変更なし <input type="checkbox"/>変更あり                  ●退院後、里帰りなどで上記住所と異なる場合は下記へご記入ください。(里帰り先など)                  〒 _____ (続柄 : 姓 _____ )                  _____ (おおよその期間 : _____ )</p>
<p>緊急時 連絡先</p>	<p>必ずつながる電話番号をお願いします</p> <p>1. 氏名 _____ 続柄【        】 TEL : (        )                  携帯 : (        )</p> <p>2. 氏名 _____ 続柄【        】 TEL : (        )                  携帯 : (        )</p> <p>初診手続きと <input type="checkbox"/>変更なし <input type="checkbox"/>変更あり</p>

※スタッフの方へ 退院時母性棟の入院会計係に渡してください