

--	--	--	--	--	--

発達外来診療申込書

ふりがな			生年月日	平成・令和	
氏名				年 月 日	
電話番号	携帯番号	— —		性別	
(必須)	自宅	()		男・女	
現住所	〒 —		東御市内の方(区名)		
	都・道府・県		市・郡町・村		番地
	(アパート名)				
保険証の種類	国民保険・社会保険	保険証の記号番号	保険者番号		
	組合保険・警県 船員・その他 ()		保険者名称		
*ご家族の中で当院発達外来に受診されている方はいますか？ いない ・ いる (医師)					
病院連絡先	0268-75-2841 (地域連携室)				

東御市民病院

東御市民病院と所属機関等(保育園・学校・市町村等)とが
お子さまの状況や支援について情報を共有することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名