診　察　申　込　書

※太枠内のみご記入ください

申　込　日	平成　　年　　月　　日	ＩＤ：	
フ リ ガ ナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　　月　　日　　才
氏　　名		性別	男　・　女
現　住　所	〒（　　－　　）		
電話番号	（　　）　　－		

他院による紹介状なしに来院された患者さんについては初診時に医療費とは別に、選定療養費（税込）1,620円を頂いております。 （健康保険第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号）	同意する

希望の診療科目（番号）に〇印をお付け下さい。

診療科目	01	02	03	05	06	07	08	09	10	11	12	13	15	17	18	20	51
	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	婦人科	眼科	耳鼻科	脳神経外科センター	腎センター	放射線科	循環器科	救急科	神経内科	心療内科	歯科

診察券をお持ちの方は保険証等とご一緒にご提出下さい。

この病院で受診したことがありますか。	有　・　無		
以前受診した診療科	科	最終受診年月	年　　月
紹 介 状	有　・　無	ﾚﾝﾄｹﾞﾝﾌｨﾙﾑ・CD-R	有　・　無
来　院　種　別	一般・労災・交通事故・健康診断・その他（検診：乳がん・大腸がん）		
救　急　車	有　（救急隊　　到着時間　　：　　）　・　無		

備考	受付	入力	確認	病名
（予　約：　有　・　無　）				