診 察 申 込 書

※ **太枠**内のみご記入ください。

申込日	令和　　年　　月　　日	ID:

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和	
氏　名			年　　月　　日	才
		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）1,650 円**をいただいております。 （健康保険第 63 条第 2 項第 4 号及び高齢者医療確保法 64 条第 2 項第 4 号）	同意する

希望の診療科目（番号）に○印をお付けください。

	01	02	03	04	05	06	07	09	10	11	12	13	15	17	18	20	21	51
診療科目	内科	小児科	外科	消化器科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	脳神経外科	腎センター	放射線科	循環器科	救急科	神経内科	心療内科	血管外科	歯科

この病院を受診したことがありますか。
診察券をお持ちの方は保険証等とご一緒にご提出ください。　　あり　・　なし　・　不明

以前受診した診療科	科	最終受診履歴	年　　月
紹　介　状 （診療情報提供書）	あり　・　なし	医 療 画 像 （フィルム・CD-R 等）	あり　・　なし
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	あ り（救急隊　　到着時間　　：　　）・　な し		

備考	受　付	入　力	確　認	病　名
（ 予約: 有 ・ 無 ）				