

ID

## 診療申込書



Patient Registration Form

年 月 日

赤枠の中をご記入ください。

フリガナ												性別 (Sex)									
受診者氏名 Name	苗字 (Family name)					名前 (First name)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
												男 M	女 F								
生年月日 Date of Birth	年 月 日											年齢 Age 歳									
現住所 Address	〒				-																
	県道			市郡			区町														
	都府			郡			町														
自宅 Telephone	-					携 帯					-										

診療希望科の上に○印をつけてください。

診療科	内肝・胆・科膵	消化管内科	呼吸器内科	血液内科	内糖分泌尿内科病	膠リウマチ内科病	腎臓内科	腫瘍内科	内総合臨科床	心療科	脳神経内科	循環器内科	小児科	
	消化器外科	乳腺科	整形外科	脳神経外科	呼吸器外科	形成外科	外心臓血管科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	口腔外科	
(1) 当病院を受診した事がありますか？										はい	いいえ			
(2) 交通事故によるケガですか？										はい	いいえ			
(3) 工作中によるケガですか？										はい	いいえ			
(4) 本日、受診希望の患者さんご本人は来院されていますか？										はい	いいえ			
(5) ①本日、紹介状はお持ちですか？ 「はい」の方（紹介状をお持ちの方）										①	はい	いいえ		
②事前にご予約はお取りですか？ (病院名・施設名)										②	はい	いいえ		
(6) 現在、他の医療機関又は介護老人保健施設にご入院中(ご入所中)ですか？ 「はい」の方 (病院名・施設名)										はい	いいえ			

\* 診療申込書に保険証・受給者証（医療証）を添えてご提出ください。

紹介状・診察券をお持ちの場合は、診療申込書と保険証・医療証を添えてご提出ください。

\* 当院では、他医療機関から紹介状なしに来院された患者さんならびに他医療機関を紹介後に紹介状なしで再度当院に来院された患者さんについては、通常の医療費の他に選定療養費（医科初診：7,700円、医科再診：3,300円、歯科初診：5,500円、歯科再診：2,090円）を頂いておりますので宜しくお願いします。

\* セカンドオピニオンの場合はお申し出ください。