

初診用

診療申込書

太線内をもれなくご記入してください。

登録番号								申込日	令和	年	月	日
今まで当院を受診されたことがありますか。								ある(年 月頃)・ない				
受診理由 (どうされましたか)	1 他の医院等(医療機関名:)から当院の(医師)への紹介 2 当院の他の診療科からの紹介 3 健康診断で「要精検」となった 4 定期的な検査・診察 5 その他(症状を簡潔に:)											
フリガナ								旧姓	性別			
氏名										1 男 2 女		
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日 (歳)											
住所	〒							TEL	()			
								携帯	()			
職業				勤務先								
連絡先	〒 (住所が県外の方)											
本日の受診科に○を付けてください。								該当するものがありましたら、○を付けてください。				
01 内科				15 皮膚科	①本日の受診は 1 交通事故によるものです。 A 自損事故です。 B 相手がいます。 2 通勤中のけがです。 3 工作中的けがです。 ②過去1ヶ月以内の渡航歴 (有り 無し) 臓器提供意思表示カードをお持ちの方は、「有り」を○で囲んでください。(有り 無し)							
03 内科和漢・リウマチ科				16 泌尿器科								
04 脳神経内科				17 眼科								
05 小児科				18 耳鼻咽喉科								
06 外科				19 歯科・口腔外科								
07 呼吸器(胸部)外科				20 放射線科								
09 脳神経外科				22 精神科								
10 整形外科				25 心臓血管外科								
11 形成外科				27 麻酔科								
12 産科・婦人科				35 小児外科								

受付時間

午前8時30分から11時まで

※医療従事者確認欄

提出先

(持参している保険証、診療券を併せて提出してください。)

○当院あて紹介状のある方 → 初診受付(紹介状あり)

○当院あて紹介状の無い方 → 初診受付(紹介状なし)

(当院あて紹介状をお持ちでない場合は、原則として非紹介初診患者加算料をいただきます。)

留意事項

○受診希望の診療科に過去3か月以内に受診されていない場合には、この申込書を提出していただく必要があります。(3か月以内に受診歴がある場合は、再診手続きをお願いします。)

純新

ID

保険変更

予約科

受診済科