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。

本日の体温	℃

登録番号								申込日	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　健康診断で「要精検」となった 3　定期的な検査・診察 4　その他（症状を簡潔に：　　）								
フリガナ								旧姓（フリガナ）	性別
氏名									1 男　2 女
生年月日	2 大正　3 昭和　4 平成　5 令和　　年　月　日（　歳）								
住所	〒 TEL（自宅）（　　） （携帯）（　　）								
勤務先									
連絡先	〒 （住所が県外の方） TEL（　　）								

本日の受診科に○を付けてください。

	01 内科		**16 泌尿器科**
	03 リウマチ・和漢診療科		**17 眼科**
	04 脳神経内科		**18 耳鼻いんこう科**
	05 小児科		**19 歯科口腔外科**
	06 外科		**20 放射線診断科**
	07 呼吸器外科		**21 放射線治療科**
	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		**35 小児外科**
	12 婦人科		**66 緩和ケア科**
	15 皮膚科		**93 新生児科**

該当するものがあれば、○を付けてください。

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 仕事中のけがです。
　4 保育園・学校でのけがです。
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）**

受付時間　午前8時30分から11時まで

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。）

○紹介状のある方 → **3 初診受付（紹介状あり）**

○紹介状の無い方 → **4 初診受付（紹介状なし）**

**（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。）**

※医療従事者確認欄

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	有・無	保険変更

予約科			受診済科		

保険証	
無	返却

R4.7　20,000