

初診用

診療申込書

太線内をきれなくご記入してください。

今日の体温 ℃

登録番号	<input type="text"/>	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: <input type="text"/>)から当院の(<input type="text"/> 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: <input type="text"/>)		
フリガナ	<input type="text"/>	旧姓(フリガナ)	性別
氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>	TEL(自宅)	(<input type="text"/>)
		(携帯)	(<input type="text"/>)
連絡先	<input type="text"/>	TEL	(<input type="text"/>)
(住所が県外の方)			
勤務先	<input type="text"/>		
本日の受診科に○を付けてください。		該当するものがあれば、○を付けてください。	
01 内科	16 泌尿器科	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 相手があります。 2 通勤中のけがです。 3 工作中的けがです。 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) マイナ利用 (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 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		

受付時間 午前8時30分から11時まで

(まず、マイナ保険証による保険確認をしてください)

※医療従事者確認欄

提出先

○紹介状のある方 → **3 初診受付(紹介状あり)**
(受付: 9時から)

○紹介状の無い方 → **4 初診受付(紹介状なし)**
(受付: 9時から)

・紹介状をお持ちでない場合は、原則として非紹介患者加算料をいただきます
※お手持ちの診療券、(マイナ保険証無しの場合は保険証)を併せて提出してください

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	<input type="text"/>	受診済科	<input type="text"/>
-----	----------------------	------	----------------------

保険証	
無	返却