

[患者番号]	紹介	健診より
--------	----	------

診 療 申 込 書

- 紹介状をお持ちでない場合は、診療費とは別に初診時の選定療養費(2,160円)をご負担して頂きます。
 当院では地域の医療機関等との役割分担を推進し適切な医療を提供していくため、初診受付の際はなるべく紹介状をお持ち頂きますようお願いしております。
 (* 選定療養費とは、初診の際、他の医療機関から紹介状なしに、200床以上の病院を受診された場合にかかる、厚生労働省により制定された初診料とは別の費用です。)
- 個人情報の保護に関する法律及び当院の個人情報保護方針に基づき、患者さんの個人情報につきましては適切に管理しております。
- この「診療申込書」は保険証及び公費証明書等を添えて2番窓口へ提出して下さい。

受付年月日	平成 年 月 日		当院は初めてですか	はい・いいえ・不明
フリガナ				
患者氏名	(旧姓:)			※当院に旧姓で受診されたことがある方のみご記入下さい。
性別	0.男性 1.女性	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日 (歳)
現住所	〒 _____ - _____			
	都 道 市 府 県 郡			
	[自宅電話] _____ - (_____) - _____		[携帯電話] _____ - (_____) - _____	
勤務先	[名称]		[電話番号]	-(_____) -
緊急連絡先	[お名前] _____ 続柄 _____		[電話番号]	-(_____) -

※本日の受診科に ○ を付けてください

50 糖尿病・血液内分泌	04 脳神経内科	05 呼吸器科	06 消化器科	08 循環器科	10 外科
11 整形外科	14 脳神経外科	19 皮膚科	20 泌尿器科	20 婦人科	26 眼科
27 耳鼻科	30 放射線科	31 麻酔科	60 歯科口腔外科	52 血管外科	

※下記の事項について ○ を付けてください

他の医療機関の紹介状をお持ちですか	いいえ・はい
右の[カッコ内]の事項に該当しますか	いいえ・はい [交通事故・労働災害・公務災害・通勤災害]
聴力や視力などに不自由がありますか	ない・ある [聴力・視力・その他]
診療費の支払いについて心配はありますか	ない・ある・相談したい

(備考)