

診 療 申 込 書

令和 年 月 日

太枠線の中のご記入をお願いします

ID :

診療を受けられる方	フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平・令
	氏名	(旧姓)			年
	住所	(〒 -)	※マンション、アパート名、号室までご記入ください		
	保護者名	※受診者が未成年の場合にご記入ください 続柄 ()			
電話番号	自宅	-	-	緊急連絡先	続柄
	本人携帯	-	-		-

当院を受診されたことがありますか	はい ・ いいえ	
他病院からの紹介状をお持ちですか	はい ・ いいえ 選定療養費 5,500円 をご負担いただくこととなります	
本日の受診は 次の何れかに該当しますか	・ 学校内（保育園・幼稚園含む）でのケガ	
	・ 他医療機関入院中	
	・ 交通事故 （ 通勤中の事故 ・ その他の事故 ）	
	・ 仕事中のケガ	会社名 TEL - -
	・ 該当しない	

※病院使用欄

受診科	01	02	03	04	06	07	09	10	11	12	13	14	15	16	18	19	21	25	27	28	29	
	総合内科	代謝	血腫	腎臓	感染	脳神内	呼吸器	消化器	循環器	小児循	精神科	小児科	新生児	乳腺外科	呼吸外	小児外	整形	脳外	児心外	皮膚科	泌尿器	
	30	31	32	33	34	35	36	37	47	50	59											
	産科	婦人科	産婦人科	眼科	耳鼻咽	放射線	麻酔科	消外科	救急診	歯科口腔	女性専	健康診断	船員健診	助産師								

保険証返却確認	受け取りのサインをお願いします
	<input type="checkbox"/> 保険証忘れ <input type="checkbox"/> 保険証手続中