

診察申込書（新患用）

以下のチェックボックスにチェックください

紹介状の持参がない場合に、選定療養費（保険診療とは別に7,700円）が掛かることに同意します。

以下の太枠の中をご記入ください

フリガナ		固定電話	有・無 ()	—
氏名	1. 男	携帯電話	有・無	—
	2. 女		有・無	—
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			
現住所	アパート、マンション等にお住まいの方はその名称及び部屋番号まで記入願います 〒 [][][] - [][][][] 都道府県			
帰省住所 又は 滞在住所	遠方よりお越しの方は記入願います 〒 [][][] - [][][][] 都道府県 (様方 / 続柄:) 電話 () —			
保険証を お忘れの方	勤め先: 電話 () —			
受診状況 （「はい」又は 「いいえ」の どちらかを ○印で囲む）	1) 紹介状、検査通知などをお持ちですか？ (はい・いいえ)			
	2) 交通事故による受診ですか？ (はい・いいえ) 交通事故で受診される方は、事故の状況を○印で囲んで下さい 相手がある事故 ・ 単独事故(運転手) ・ 単独事故(同乗者) ・ その他 ()			
	3) 工作中、通勤中のケガ(労災)などによる受診ですか？ (はい・いいえ) 労災で受診される方は記入願います 勤め先: 電話 () —			
受診される 科名 (○で囲む)	※受診科が不明の場合は総合案内でご相談ください 内科 呼吸器内科 消化器内科 脳神経内科 循環器内科 精神科 小児科 乳児健診 外科 消化器外科 脳神経外科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻いんこう科 放射線科 健康診断			

保険証・その他の公費受給者証等を添えて、窓口①②番へ提出してください

(保険証をお忘れの方は、免許証等の身分証明となるものを添えてください)

— 医事使用欄 ☆この下は記入する必要はありません —

紹介状 医療機関名													
ID												自賠 ・ 労災 ・ 生保 ・ 自費	診察券 持参 有・無・忘
代筆												入力済	発行 要・否
保険証返却												確認済	コスト 要・否