

# 診 察 申 込 書

【H28.10月改定】

- ※ 下記の必要事項（黄色・青色は必須）のご記入が終わりましたら、保険証とともに初診受付へご提出下さい。
- ※ 当院の個人情報保護法に関する取り組みにつきましては、エントランスホールの掲示物等でご確認ください。
- ※ ご不明な点がございましたら、受付窓口にてお尋ね下さい。

申込日:平成 年 月 日（該当する番号を○で囲んで下さい。）

<input type="checkbox"/>	●当院にて受診されたことがありますか？	1.ない	2.ある（ 年 月頃）
<input type="checkbox"/>	●紹介状の有無	1.あり ※紹介状を受付窓口に提出して下さい	
		2.なし ※特定療養費として治療費とは別に <b>3240円</b> がかかります	
		承諾します：署名_____	

<input type="checkbox"/>	ふりがな	姓	名	性別	男・女											
<input type="checkbox"/>	氏名				被保険者又は世帯主との続柄（ ）											
<input type="checkbox"/>	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 満 歳											
<input type="checkbox"/>	住所	(〒 - )														
<input type="checkbox"/>	電話			携帯（緊急連絡先）												
<input type="checkbox"/>	勤務先名			勤務先電話												
<input type="checkbox"/>	所在地															
<input type="checkbox"/>	備考 (帰省先等)	〒 電話（携帯番号） 帰省先住所														
<input type="checkbox"/>	お一人暮らしでしょうか？		1.はい	2.いいえ												
	※ “はい”の方は、緊急連絡先を必ず、ご記入ください。															
<input type="checkbox"/>	交通事故でのケガですか？		1.はい	2.いいえ												
<input type="checkbox"/>	仕事中のケガですか？		1.はい	2.いいえ												
	※ “はい”の方は、勤務先名、勤務先電話及び所在地を必ず、ご記入ください。															
<input type="checkbox"/>	健康診断をご希望ですか？		1.はい	2.いいえ												
<input type="checkbox"/>	ご希望診療科	眼科	耳鼻咽喉科	小児科	産婦人科	泌尿器科	循環器科	腎内科	内科	糖尿内科	皮膚科	形成外科	外科	整形外科	脳神経外科	心臓血管外科
	○を記入															

※ 詳しくは受付窓口にお尋ねになるか院内掲示をご覧ください。