診　察　申　込　書

【R1.10 月】

※　下記の必要事項（太枠内）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:令和　　年　　月　　日（該当する番号を〇で囲んで下さい。）

□	●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）	
□	●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　※選定療養費として治療費とは別に3，３００円かかります 承諾します：署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□	ふりがな	姓	名	性　別	男　・　女
	氏　名			被保険者又は世帯主との続柄（　　）	
□	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　　満　　歳			
□	住　所	（〒　　－　　）			
□	電　話		携　帯 （緊急連絡先）		
□	勤務先名		勤務先電話		
□	所在地				
□	備　考 (帰省先等)	〒　　電話（携帯番号） 帰省先住所			
□	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。				
□	交通事故でのケガですか？　　1.はい　　2.いいえ				
□	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。				
□	intemational　　• Nationality：　　• language：				
□	健康診断をご希望ですか？　　1.はい　　2.いいえ				

□	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	消化器科	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
	〇を記入																