

# 診察申込書

ID:

申込日 年 月 日

フリガナ													性別	男・女
氏名	以前に旧姓で受診された方(旧姓)													
生年月日	明・大・昭・平・令			年	月	日生		(才)						
住所	〒													
電話番号	携帯		-	-	本人・家族・( )			自宅		-	-			
紹介状	有	紹介元病院名												
	無	※紹介状がない場合は初診時選定療養費がかかります。												
※受診する診療科に○印を付けて下さい。わからない場合はお近くのスタッフまでお声がけください。														
外来棟1階														
小児科	眼科	整・形手 外外科	リウマチ科	外呼消肛乳 科吸化門腺 器器外外科 科科科	泌尿器科	歯口腔 科・外科	皮膚科	形成外科	産婦人科	放射線科				
外来棟2階				救命救急センター棟2階										
消化器内科	心臓血管外科	脳脊 神椎 経セン タ ー	精神科	呼吸器内科	循環器内科	膠原病内科	血液内科	腎臓内科	糖尿内 分泌 病・内 科	脳神経内科	耳鼻咽喉科	緩和ケア内科	内科	
①本日はどのような症状で受診されますか？ ※紹介状ご持参の方は記載不要														
※ 労災・通災・交通事故・検診後の精密検査の場合はお申し出ください。														
.....														
.....														
.....														
②その症状はいつからですか？										月 日頃から				
勤務先 情報	※労災・通災の場合のみご記入ください。													
	住所			名称										
TEL														

※ この申込書に記入された個人情報は、当院における利用目的の範囲内で使用させていただきます。

R4.10

通信欄	初診時選定療養費 済 要 無			外来	新患	受付
	検診後 当院 / 他院 (あり・なし)					
	交通事故	マイナンバーカード	オンライン資格確認			