診療申込書 (太枠内ご記入下さい。)

◎耳や目が不自由の方は、遠慮なく総合受付までお申し出下さい。

平成　年　月　日　午前・午後　時　分	
□ 受診者氏名 Name	フリガナ (旧姓　)
□ 生年月日 Date of birth	明・大 昭・平　年　月　日　歳 age
□ 性別 Sex	男　・　女 male　female
□ 住所 Address	〒　－　都・道・府・県
□ 電話番号 Telephon.No	自宅　(　) 携帯電話　(　)

受診科名　受診される科に○印をつけて下さい。

1	2	3	5	6	7	8	9	
内科	小児科	外科 肛門科	脳神経外科	形成外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	
10	11	12	13	21	22	23	*紹介状*	
産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	麻酔科	健康管理センター	心臓血管(循環器内科)	有・無 ※無の方は裏面をお読み下さい。	

◎下記の質問にお答え下さい。

●今回受診する病気・ケガが次に該当する場合は○をつけて下さい。	交通事故・仕事中・通勤途中
●お薬手帳は本日、お持ちですか？	あり・なし

病院使用欄

保険	保険者番号		資格取得年月日	昭和 平成　年　月　日	
	記号・番号		有効期限	平成　年　月　日	
公費	負担者番号		開始日	昭和 平成　年　月　日	
	受給者番号		有効期限	平成　年　月　日	
	保険種別	(本人・家族)	健(1割・2割・3割) 国(1割・2割・3割) 後高(1割・3割)	救・情	
備考			受付番号	一般・車・労災・生	

ID								PC担当		主保険設定		自費登録		有効期限	

＊患者さまへのお願い＊

当院では、毎月保険証の確認をさせていただいております。
新規保険証登録や保険証変更の際にコピーをいただきますが予めご了承下さい。

H30.3改訂　501-022-0　総合高津中央病院