

診療申込書

(太枠内をご記入下さい)

◎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
<input type="checkbox"/>	受診者氏名 Name	フリガナ (旧姓)						
<input type="checkbox"/>	生年月日 Date of birth	明・大 昭・平	年	月	日	歳	age	
<input type="checkbox"/>	性別 Sex	男 male 女 female						
<input type="checkbox"/>	住所 Address	〒 ー 都・道・府・県						
<input type="checkbox"/>	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
◎下記の質問にお答え下さい。								※ 無の方は裏面を お読み下さい。 →
●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・国・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	

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。
お手数ですが、受診時には1階 5番 保険証確認コーナーにてご提示をお願いします。
また、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。