

# 診察申込書

- 保険証（後期高齢者受給者証）は申込書と一緒に受付へお渡しください。
- 難病法・乳幼児・重度医療などの受給者証がございましたら、一緒にお渡し願います。

## ▲ 初診時選定療養費について

当院では、かかりつけ医への受診をおすすめしております。他医療機関からの紹介状をお持ちではなく、当院を受診される方については、初診に係る費用を初診時に限り医療費の他に負担いただいております。

初診時選定療養費 5,500円(税込)  
ご理解・ご協力をお願い申し上げます。

## ▲ 診察申込にあたって

当院では、患者様に安心して当院をご利用いただく為、患者様の個人情報の取り扱いにつきまして、「個人情報の利用目的とお取扱いについて」を定めております。この診察申込書にサインをされたことにより、当院の個人情報の取り扱いに同意された事とさせていただきますのでご了承願います。また、患者様へのご案内が必要となった際などに、窓口や院内放送においてお名前をお呼びする場合がございますのであわせてご理解願います。

## 太枠内をご記入ください

記入日 年 月 日

紹介状をお持ちですか？

はい  いいえ

過去に当院への受診はありますか？

はい  いいえ

健康診断目的での受診ですか？

はい  いいえ

## ▼ 診察を受ける方 Patient Information

お名前 フリガナ Name	年齢 Age 歳		生年 月日 Date of Birth
	性別 Sex (男)M (女)F	(大正)T (昭和)S (平成)H (令和)R 西暦	
ご住所 Address	〒		
	市(村) 町 番地 号		
該当するものに○↓ <input type="radio"/> 戸建て <input type="radio"/> 集合住宅 集合住宅の場合→ (アパート・マンション名) 号室			
電話番号 Phone Number	ご自宅 Home ( ) -	お勤め先 Employer	会社名 Company Name
	携帯電話 Mobile ( ) -		電話 Phone Number ( ) - 内線 ( )

## ▼ ご家族などその他の連絡先 (未成年者の場合は保護者) Other Contact

お名前 フリガナ Name	連絡先 Contact Info	続柄 Relation ship
		携帯電話 Mobile Phone ( ) -

## ▼ ご利用される制度 いずれかに○印をつけてください。

<input type="checkbox"/> 健康保険	<input type="checkbox"/> 生活保護(12)	<input type="checkbox"/> 交通事故(852)	<input type="checkbox"/> 労働災害(91) 公務災害(92)	<input type="checkbox"/> 保険外診療(85)
-------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---	------------------------------------

## ▼ 受診を希望される診療科 いずれかに○印をつけてください。

(01) 呼吸器内科	(02) 総合診療科	(05) 循環器内科	(07) 脳神経内科	(08) 消化器内科
(09) 血液内科	(10) 小児科	(20) 外科	(21) 脳神経外科	(22) 心臓血管外科
(30) 整形外科	(40) 産婦人科	(50) 皮膚科	(53) 形成外科	(55) 泌尿器科
(60) 耳鼻咽喉科	(65) 眼科	(70) 精神科	(75) 麻酔科	(85) 放射線科

## ＜病院使用欄＞

発券番号	保険証確認	当月確認済	保険証預り	前回受診	2年超新患	最終日	JA区分	組合員	当日予約あり	受付未	検診精検依頼
	スキャン済	保険証返却	5年超初回	最終日	他組合員	受付済		診察券再発行			

受付	登録	チェック
----	----	------