

診療受付申込書

太枠内をご記入の上、保険証、紹介状等を添えて①初診受付までお持ちください。

診察券番号

—	×
---	---

選定療養費
説明済

--

高齢者負担割合
前・後

割

フリガナ				性別	男・女		
患者氏名	(旧姓：)			性別	男・女		
生年月日	(明・大・昭・平)	年	月	日生	(歳)		
住所	〒 - 都道府県 区市町村			電話 固定：	- - 携帯： - -		
患者または世帯主の勤務先	勤務者氏名			続柄 (例：長女)			
	名称						
	住所	〒 -		電話：	- -		
上記以外の連絡先・連絡者氏名 (緊急時に連絡先)	フリガナ						
	氏名	【患者本人との続柄：】					
	住所	〒 -		都道府県	区市町村	電話 固定： - - 携帯： - -	
右記で受診の方は該当のものに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください			<input type="checkbox"/> 交通事故 (自賠責) <input type="checkbox"/> 工作中的事故 (労災/公災) <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 予防注射 / 抗体検査				
希望する受診科 (受診科が分からない場合は記載不要です)	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科						
診療情報提供書 (紹介状)	有・無	他院撮影画像	有・無	他病院入院中	有・無	診療の予約	有・無
当院受診は	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前に来た <input type="checkbox"/> 不明						

～ 初診時負担の保険外選定療養費について ～

当院では、他医療機関等からの紹介によらず直接来院された患者さんについては、初診に係る費用として、初診時保険外選定療養費 5,400円 (税込み) をいただいておりますので予めご了承ください。

* 診療受付申込書は診療録 (カルテ) 作成と診療・検査等診療管理を目的としてご記入頂いております。個人情報に十分配慮し利用させていただきますのでご了承ください。