

# 診療受付申込書

申込日 年 月 日

太枠内をご記入のうえ、保険証・紹介状を添えて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：)				
生年月日	年 月 日生 ( 歳)				
住所 電話番号	〒 — 都道 区市 府県 町村 (アパート・マンション名 ) 電話 固定 — — 携帯 — —				
患者本人または 世帯主の勤務先	世帯主氏名			世帯主との続柄	
	勤務先				
	住所	〒 — 電話 — —			
上記以外の連絡先	フリガナ				
	氏名	【患者との続柄】			
	住所	〒 — 都道 区市 府県 町村 (アパート・マンション名 ) 電話 固定 — — 携帯 — —			
右記で受診の方は該当のものに☑を付けてください			<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事中的事故(労災・公災) <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 予防接種/抗体検査		
発熱・風邪症状 確認	発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( . 度)・風邪症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )				
希望する受診科 (受診科が不明な場合は 記載不要です)	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス科 <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 <input type="checkbox"/> 救急科				
診療情報提供書(紹介状)	他院撮影画像(CD等)	他病院または施設に入院(入所)中		診療予約	
有・無	有・無	有・無		有・無	
当院受診歴 <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 7,700 円(税込)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。 帝京大学医学部附属病院