

診 察 申 込 書

(太枠内をご記入の上、保険証・紹介状を添えて①番新患窓口までお持ちください)

--	--	--	--	--	--	--

紹介・検査結果・連携・入院・1次検 /
(-)

フリガナ		性別	生年月日
名前		男 / 女	明・大・昭・平 年 月 日 (才)
住所	〒 -		
自宅電話	()	携帯電話	()
勤務先	電話 ()		
緊急連絡先	名前	続柄	自宅電話 携帯電話

受診希望科に○をしてください

総合診療科	高血圧 糖尿病科	呼吸器科	消化器科	循環器科	外科	移植外科	創傷ケアセンター	整形外科	腰痛・仙腸 関節センター
皮膚科	泌尿器科	腎科	産婦人科	眼科	小児科	放射線科	歯科 口腔外科	耳鼻 いんこつ科	健診 外来

おたずねいたします

以前、当院で受診されたことがありますか	ない ・ ある (科) お名前に変更がある方はご記入ください 旧姓 ()
紹介状はお持ちですか	ない (※) ・ ある ※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、初診料などの保険診療一部負担金の他に、 選定療養費として3,240円 をいただいておりますので予めご了承ください。詳しくは外来診療のご案内をご覧ください。
健康診断 (検診) 結果をお持ちですか	ない ・ ある
おけがの場合にお答えください	工作中 ・ 通勤中 ・ 交通事故 ・ 左に該当なし

JCHO仙台病院

医事課使用欄 : 保険証受渡者印 入力担当者印 入力確認者印

--

--

--