# 診　察　申　込　書

年　　月　　日

（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　／

ＣＤ-Ｒ　　お薬手帳　　（　-　）

| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
|---|---|---|---|
| 名前 | | 男 ／ 女 | 明・大・昭・平<br>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<br>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 | 消化器 | 循環器 | 外 科 | 移植科 | 創傷ケアセンター | 整 形 | 仙腸関節センター | |
| 泌尿器 | 腎 科 | 婦人科 | 眼　科 | 皮膚科 | 放射線 | 耳鼻科 | 麻酔科（ペインクリニック） | 歯科口腔外科 | |

**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）<br>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<br>※　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5,400円（歯科3,240円）**をいただいておりますので、予めご了承ください。<br>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 | 仕事中 ・ 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 |
|---|---|---|
| | | |

□　電子カルテ（受診歴なし・最終Ｈ　　）
□　外部倉庫より紙カルテ取り寄せ中
□　紙カルテは予約で外来にあります
□　アリバイ変更済　　取り寄せ依頼済
□　選定療養費　○　×　入力