

診 察 申 込 書

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

紹介・検査結果・連携・1次検 /
CD-R お薬手帳 介護保険(不・忘) 83(有・無)

太枠内をご記入の上、マイナンバーカード（保険証）を添えて新患窓口までお持ちください

フリガナ		性別	生年月日		
名前		男 / 女	大・昭・平・令	年	月 日 (才)
住所	〒				
自宅電話	()	携帯電話	()		
勤務先	会社名	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(※頭部外傷は診察不可)

総合診療科	高血圧 糖尿病科	消化器	循環器	外科 乳腺外科 血管外科	移植科	創傷ケア センター	整形	仙腸 関節センター	小児科
泌尿器	腎科	婦人科	眼科	皮膚科	放射線	耳鼻科	麻酔科 (バインクリ ニック)	歯科 □腔外科	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()
紹介状又は健診結果はお持ちですか お持ちの方は窓口へお出しください	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7,700円(歯科5,500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。
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

医事課使用欄 :

保険証受領サイン

入力担当印

入力確認者印

--

--

--