

患者No. **2000**

年 月 日

科名	() 内科	10 精神科	11 小児科	20 皮膚科	16 外科	17 整形	18 脳外科	19 形成	27 心臓外	22 産婦人	21 泌尿器	24 眼科	25 耳鼻咽	33 リハビリ	30 放射線	36 救急部	37 内視鏡
----	--------	--------	--------	--------	-------	-------	--------	-------	--------	--------	--------	-------	--------	---------	--------	--------	--------

右記大枠内を正確にご記入ください。

フリガナ			生年月日 Date of Birth	
氏名 Full Name	旧姓 ()		男 M	大昭平令
			女 F	年 月 日生 歳
フリガナ				
住所 Address	〒	都道府県	郡区市	
連絡先 Telephone Number	自宅	—	携帯	—
緊急連絡先 (本人以外)	①	—	続柄 ()	
	②	—	続柄 ()	
国籍 Nationality	国名	滞在理由		
勤務先	TEL		—	—
必要時に病院から連絡してよろしいですか → はい いいえ				
① 紹介状をお持ちですか? → はい いいえ 持参資料 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム <input type="checkbox"/> プレパラート				
※初診時に他医療機関からの紹介状をお持ちでない方は、初診時特別料金(選定療養費)7,700円をご負担いただきます。また、前回の受診で、他の病院等へ文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当院を受診した場合、受診の都度、再診時特別料金(選定療養費)3,300円をご負担いただきます。予めご了承がいます。				
② 下記に該当する方は○をつけてください				
1. 交通事故ですか? → はい いいえ 事故日 年 月 日				
2. 仕事上のけがですか? → はい いいえ				
③ 過去に当院を受診されたことがありますか? → はい いいえ				
④ ご来院の動機(きっかけ)をお伺いします(次の中から該当する項目に○印をお願いします)				
1. ホームページ 2. 医師からの紹介 3. 知人からの紹介 4. 駅看板 5. 雑誌				
6. 患者さんのご家族 7. その他 ()				

診察申込書

変更	保	5
	住	電
氏		