

受付	登録	案内	確認

診療申込書 及び 変更届

※下記の太枠内についてご記入ください

診察券番号	8	0	0								年	月	日
フリガナ												性別	男 ・ 女
患者氏名													
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)												
フリガナ													
現住所	〒 -												
電話番号	①	- -											
	②	- -											
緊急連絡者 電話番号	フリガナ												
	氏 名	(患者との関係:)											
※「予約の変更」 などで、ご連絡する 場合があります	①	- -											
	②	- -											
◆ 交通事故や仕事中・通勤中の受傷で受診される方は以下もご記入下さい ◆													
<input type="checkbox"/> 交通事故で受傷された方 何と何の交通事故ですか(例:車とバイク・車と人など)_____													
<input type="checkbox"/> 仕事中・通勤中に受傷された方(労災予定の方) 勤務先・会社名 : _____ 連絡先 : _____ 労災担当者 : _____													

ご記入いただきました個人情報 は 当院における医療業務以外の目的には使用いたしません。
また、第三者へ開示、提供することはありません。

▼職員記載欄

受診科	01 循環器内科	09 心臓血管外科	17 産科	25 放射線治療科
	02 呼吸器内科	10 消化器外科	18 眼科	26 リハビリテーション科
	03 消化器内科	11 小児外科	19 皮膚科	28 口腔外科
	04 血液腫瘍内科	12 脳神経外科	20 腎泌尿器科	35 腎臓透析内科
	05 リウマチ内科	13 整形外科	21 耳鼻咽喉科	36 乳腺外科
	06 糖尿病代謝内科	14 形成外科	22 精神科	38 総合内科
	07 脳神経内科	15 小児科	23 心療内科	39 内分泌内科
	08 呼吸器外科	16 婦人科	24 画像診断科	
紹介、持参資料	紹介状なし 初診時保険外併用療養費 7,700円(税込)の説明			
	紹介状あり CD-R フィルム プレパラート			
◎保険証 不携帯(国・社) 申請中 未加入 ◎生保(担当者:)				