

申込年月日： 年 月 日

REGISTRATION FORM

受付時間：

【診療申込書】

※登録番号

※(紹介状あり・紹介状なし)

■当院受診が初めてまたは一定の期間受診がない患者さんには、他の医療機関からの紹介状をお持ちでない場合は 転倒チェック
保険外併用療養費として8,800円(消費税込み)をご負担いただきます。 ※同意する ()

■赤枠の中をお書きください。

受診科の上部空欄に○印をつけてください	小児科	小児外科	整形外科	膠原病リウマチ内科	総合診療科	ペインクリニック	循環器内科	循環器小児科	心臓血管外科	循環器小児科	消化器内科	消化器一般外科	脳神経内科	脳神経外科	呼吸器内科	呼吸器外科	遺伝子医療センター ゲノム診療科	化学療法・緩和ケア科	画像診断・核医学科	糖尿病・代謝内科	糖尿病眼科	腎臓内科	腎臓外科	腎臓小児科	血液浄化療法科	泌尿器科	眼科	形成外科
	75	55	56	86	17	47	63	64	65	82	83	41	42	66	67	34	54	33	14	15	91	92	93	94	95	21	57	
	女性科																											
血液内科	高血圧・内分泌内科	睡眠科	放射線腫瘍科	麻酔科	乳腺・内分泌外科	婦人科	産科・母子母性科	皮膚科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	乳腺科	婦人科	泌尿器科	内科	神経精神科	外科	眼科	皮膚科	神経精神科	リハビリ科								
11	12	36	32	48	52	76	72	23	22	24	26	27	28	29	43	50	20	19	45	85								

★ 当院は初めてですか？ はい いいえ *いいえの場合(最終受診) 年 月 日 科

IS THIS YOUR FIRST VISIT? YES NO

★ 他病院からの紹介状又は健康診断などの結果等はお持ちですか？ *はい いいえ

DO YOU HAVE A LETTER OF REFERENCE? YES NO

*はいの場合：画像データ(CD-R)持参(あり・なし)

★ 診療の予約はありますか？ はい いいえ 時間(:) 医師名()

DO YOU HAVE AN APPOINTMENT? YES NO

★ 患者さんご本人は、来院されてますか？ *他医療機関にご入院中の場合は係員へお知らせください はい いいえ

ARE YOU THE ACTUAL PATIENT? / IF NO, IS THE PATIENT WITH YOU TODAY? YES NO

★ 本日の受診は？ *該当する項目に☑をしてください。診察以外の方は初診窓口にお申し出ください。

診察 医療相談(自費) セカンドオピニオン(自費・別途申込書あり)

健康診断(自費) 予防接種(自費) 交通事故(自賠責・保険使用) 第三者行為(自費)

仕事中のケガ等【(労災・公災)当院が最初の病院ですか？(はい・いいえ)】 その他()

受診者名 (フリガナ) 旧姓 性別 SEX 国籍 Nationality

NAME / OF PATIENT (姓/Family Name) (名/First Name) 1男・2女 日本国籍の方は不要

M F

生年月日 1明 2大 3昭 4平 5令 年 月 日 年齢 歳 カ月

DATE OF BIRTH +西暦 Y M D AGE

現住所 〒 - 都道府県

ADDRESS (IN JAPAN)

連絡先 TEL 必要時に病院から連絡してもよい番号をご記入ください

① 自宅(PHONE) 所有者・続柄等 ② 自宅(PHONE) 所有者・続柄等

携帯(MOBILE) 携帯(MOBILE)

☆受診当日に初診受付へご持参ください。

☆当院における個人情報の利用目的については、院内に掲示しその利用目的以外では利用いたしません。

病院使用欄

－ 保険情報は裏面に記入 －

2枚目は、ご記入不要です。
 診療申込書と一緒に、受診当日
 初診受付へご持参ください。

《総合外来センター1階》



----- 病院使用欄 -----

紹介	医 科	歯 科
	紹 ・ 特	紹(24) ・ 特

[3 : 昭和(S) 4 : 平成(H) 5 : 令和(R)]

	保 険 者 番 号	記 号 ・ 番 号	本家区分	資格(開始)日	有効期限
主 1			1 本人・2 家族		
一部負担	0 一般(1割・2割)・1	低所得Ⅰ・2 低所得Ⅱ・3	高所得(3割)	現役並みⅢ(ア) Ⅱ(イ) Ⅰ(ウ)	

	公 費 番 号	番 号	適用(開始)日	有効期限	自己負担金	区 分
公費1						無
公費2						無

一般限度額認定	区 分	ア/9011	イ/9012	ウ/9013	エ/9014	オ/9015	有効期限
---------	-----	--------	--------	--------	--------	--------	------

Ⓢ	1万円	2万円
---	-----	-----

医事登録者	確認印