

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保険外併用療養費として8,640円(消費税込み)をご負担いただきます。

■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	整形外科	乳腺・内分泌外科	小児外科	総合診療科	ペインクリニック	循環器内科	循環器小児科	消化器内科	消化器小児科	神経内科	脳神経外科	呼吸器内科	呼吸器外科	緩和ケア科	化学療法科	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	血液内科	高血圧・内分泌内科	睡眠科	婦人科	産科・母子母性科	放射線腫瘍科	核医学科	画像診断科	麻酔科	皮膚科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	心身医療科	神経精神科	乳腺内分泌外科	女性泌尿器科	性総科	科	リハビリ科
	75	56	52	55	17	47	63	64	65	82	83	41	42	66	67	54	14	15	91	92	93	94	95	21	57	11	12	36	76	72	32	33	48	23	22	24	46	45	26	27	28	29	30	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)
 IS THIS YOUR FIRST VISIT? YES NO 年 月 日 科

★ 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(:)
 DO YOU HAVE AN APPOINTMENT? YES 医師名() 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
 (姓/Family Name) (名/First Name) 1男・2女
 NAME / OF PATIENT M F

生年月日 1明 2大 3昭 4平 年 月 日 年齢
 DATE OF BIRTH +西暦 Y M D AGE 歳 カ月

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) ()

☆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。

----- 病院記入欄 -----

紹介	医科	歯科
	紹・特	紹(24)・特

主1	保険者番号	記号・番号	本家区分	資格(開始)日	有効期限
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)		1 本人・2 家族	年 月 日	

公費1	公費番号	番号	適用(開始)日	有効期限	自己負担金	区分
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
---------	----	--------	--------	--------	--------	--------	------

(長)	1万円	2万円
-----	-----	-----

医事登録	確認済
------	-----