診察申込書

申込年月日：平成　　年　　月　　日　　受付時間＿＿＿＿＿＿＿＿

■赤枠の中をお書きください。登録番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

041	051		061	321	163	164	165	171	361	181	182	301	302	031		071	091	092	093	094	095	111	012	021	052	081	102	192	194	121	132	133	141	151	311		201	202	351	341			
小児科	外科	小児外科	整形外科	総合診療科	循環器内科	心臓血管外科	循環器小児科	消化器病センター	化学療法・緩和ケア科	神経内科	脳神経外科	呼吸器内科	呼吸器外科	糖尿病代謝内科	糖尿病眼科	形成外科	腎臓内科	腎臓外科	腎小児科	血液浄化療法科	泌尿器科	眼科	血液内科	内分泌内科	内分泌外科	皮膚科	婦人科	産科・母子母性	母子小児	耳鼻咽喉科	放射線腫瘍科	画像診断・核医学科	歯科口腔外科	心身医療科	神経精神科	麻酔科（周術期）	麻酔科（ペイン）	救命救急センター	救急診療部	リハビリ科	病理診断科			

・当院の受診が初めての時（前回より2年以上空いた場合を含む）に紹介状がないと保険外併用療養費（5，250円税込み）がかかります。

★当院は初めてですか？ IS THIS YOUR FIRST VISIT?	はい ・ いいえ YES NO	★ 他病院からの紹介状はお持ちですか？	はい ・ いいえ
		★ 患者さんご本人様は、来院していますか？	はい ・ いいえ
★ 診察予約はありますか？	はい（　　：　　～　　医師） ・ いいえ		
★本日の受診は？	□ 診 察　□ セカンドオピニオン（自費）　□ 健康診断（自費） □ 予防接種（自費）　□ 医療相談（自費）　□ その他（　　） □ 交通事故（ 自費 ・ 保険使用 ） □ 仕事中のケガ等（労災）：今回の受診は当院が初めてですか？（はい ・ いいえ）		

受診者	（フリガナ）		旧 姓	性 別 / 世帯主
	氏 名 NAME			男 ・ 女 M F /
	生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　年　月　日 生（満　歳） DATE OF BIRTH　　Y　M　D AGE			
現住所 ADDRESS	〒　－ 都道府県　郡市区町村　区町			自宅電話 PHONE NUMBER －　－
				携帯電話 PHONE NUMBER －　－
勤務先 OFFICE	所在地	〒　－		電話（会社）BUSINESS PHONE NUMBER －　－
	名 称			

	保険者番号	本家区分	記号		番号
主 1		本人・家族			
一部負担	3割 ・ 1割	資格取得日	年　月　日	有効期限	年　月　日

公費1	
番号	
適用	年　月　日
期限	年　月　日
自己負担金	外来　円
	入院　円
区分	A　B　C

公費2	
番号	
適用	年　月　日
期限	年　月　日
自己負担金	外来　円
	入院　円
㊕	1万円　2万円

公費3	
番号	
適用	年　月　日
期限	年　月　日
自己負担金	外来　円
	入院　円

入力者	確認者

☆当院では、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。
ご了承いただきますようよろしくお願い申し上げます。

東京女子医科大学病院

0106-279-10　印(セ)／50,000-2010-07