

【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8,800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。

Table with columns for medical departments (e.g., 小児科, 整形外科, 内科) and checkboxes for consultation requests. Includes a vertical label '受診科の上部空欄に○印をつけてください'.

Star-rated questionnaire section with questions about first visit, referral letters, appointments, and patient status. Includes checkboxes and input fields for dates and times.

Registration information section including patient name (フリガナ), old name, sex, and nationality.

Birth date section with fields for year, month, day, and age.

Current address section with fields for postal code and address in Japan.

Contact information section including telephone numbers for home, mobile, and business.

☆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。

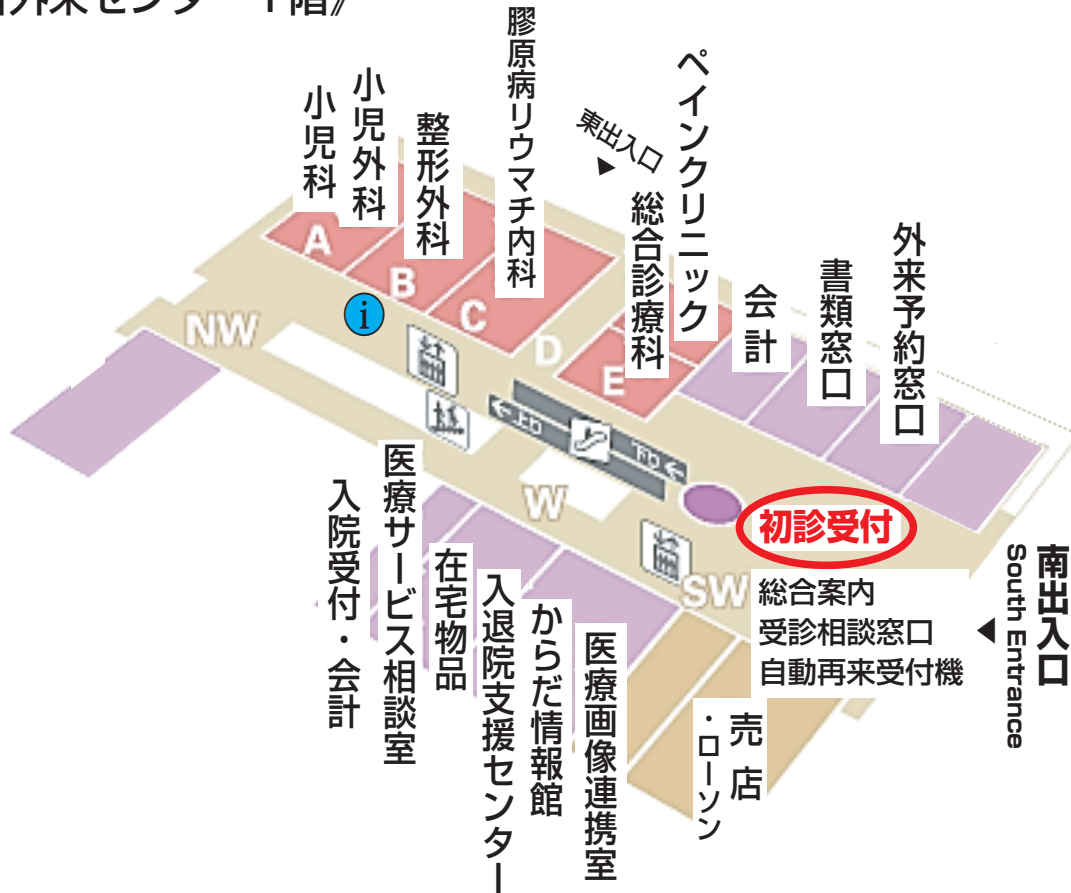
－ 保険情報は裏面に記入 －

2枚目は、ご記入不要です。

記入済みの診療申込書と併せて以下のものを**初診受付**へお出しください。

- 健康保険証・各種医療券
 - 診療情報提供書（紹介状）
 - X線写真等の電子媒体（CD-R、DVD等）
- ※要返却の場合は受付にお申し出ください。

《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