

診療申込書

年 月 日

初診で紹介状をお持ちでない患者様は、初診料の他に、

初診時選定療養費「**5,500円**」を負担して頂いております。 ※ 同意する

★他病院からの紹介状又は健康診断等の結果はお持ちですか？ はい ・ いいえ

★本日の受診は？

- 診察
 市のがん検診
 特定健康診断
 仕事中のケガ
 交通事故
 健康診断（雇入時）
 予防接種

以下、太枠の①～⑥までを記入して下さい。

①本日受診希望の診療科																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
内科	循環器内科	小児科	外科	乳腺外科	心臓血管外科	小児外科	皮膚科	泌尿器科	脳神経外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	婦人科	形成外科	歯科口腔外科	緩和ケア科	美容皮膚科	
受診希望の医師		有り () ・ 無し																
かな											③生年月日 (Date Of Birth YYYY/MM/DD)							
②氏名 Name											T S	年	月	日				
											H R				性別 Sex	男 Male	・	女 Female
④住所 Address	〒 -																	
電話 Phone No. (Home)									携帯 Phone No. (Mobile)									
E-mail		@																
⑤勤務先名 (Work place information)																		
電話 Phone No. (Home)									携帯 Phone No. (Mobile)									
⑥緊急連絡先 Emergency contact details																		
氏名 Name											ご関係 Relationship							
住所 Address	〒 -																	
電話 Phone No. (Home)									携帯 Phone No. (Mobile)									
										登録のみ	保険証スキャン		受付者		登録者			
										<input type="checkbox"/>	有	無						