

〔患者番号〕	〔受付〕	〔救急車〕 ( )	対応者	入力者	確認者	MSW
--------	------	--------------	-----	-----	-----	-----

## 診 療 申 込 書

- 紹介状をお持ちでない場合は、診療費とは別に初診時の保険外併用療養費（医科：7,700円(税込)、歯科：5,500円(税込)）をご負担していただきます。
- 当院では、地域の医療機関等との役割分担を推進し適切な医療を提供していくため、紹介状をお持ちいただきますようお願いしております。
- 個人情報の保護に関する法律及び当院の個人情報保護方針に基づき、患者さんの個人情報につきましては適切に管理しております。
- 当院では、受付時に保険証をコピーしております。コピーの同意を得られない方は受付時にお申し出下さい。
- 当院では、医療事故防止および安全確保の観点より、患者さんをお名前でお呼びしております。
- この診療申込書は保険証とともにお出し下さい。受診カードをお持ちの方はカードも一緒にお出し下さい。

受付年月日	令和 年 月 日		当院は初めてですか	はい・いいえ・不明
フリガナ				
患者氏名	( 旧姓 : )			※ 当院に旧姓で受診されたことがある方のみご記入ください
性別	0. 男性 1. 女性	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年 月 日 ( 才 )
現住所	〒 _____ - _____ 都道府県 市郡			
	〔自宅電話〕 _____ - ( ) - _____		〔携帯電話〕 _____ - ( ) - _____	
勤務先	〔名称〕 _____		〔電話番号〕 _____ - ( ) - _____	
緊急連絡先	〔お名前〕 _____		〔続柄〕 _____ 〔電話番号〕 _____ - ( ) - _____	

※ 本日の受診科に ○ を付けてください

01. 内科	01. 膠原病外来	02. 呼吸器科	04. 循環器科	26. 腎臓内科	31. 消化器内科
09. 脳神経外科	19. 神経内科	22. 心臓血管外科	06. 外科	06. 乳腺外科	07. 整形外科
16. 泌尿器科	08. 産婦人科	12. 眼科	10. 皮膚科	15. 形成外科	05. 小児科
27. 小児外科	13. 耳鼻咽喉科	14. 放射線科	18. 歯科口腔外科		

※ 下記の事項について ○ を付けてください

他の医療機関の紹介状をお持ちですか	いいえ・はい
右の〔カッコ内〕の事項に該当しますか	いいえ・はい [ 交通事故・労働災害・公務災害・通勤災害 ]
薬物アレルギーカードをお持ちですか	いいえ・はい ( 薬物アレルギーカードは一緒にお出し下さい )
聴力や視力などに不自由がありますか	ない・聴力・視力・その他 ( )
診療費の支払いについて心配はありますか	ない・ある・相談したい

( 備 考 )
---------

