

診療申込書

申込年月日：令和 年 月 日

ID番号 _____

※ ①～③ 太枠の中のみ記入してください

① 受診される患者さんの氏名・住所・電話番号などをご記入下さい				
フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢
氏 名		男	明治・大正・昭和	年 月 日 歳
		女	平成・令和	
現住所	〒 -			
自宅電話番号			本人携帯番号	
() -			() -	
勤務先電話番号			勤務先名	
() -				
自宅以外の連絡先（緊急連絡先） ※連絡をしても差し支えない所をご記入ください（家族の携帯、実家、親戚など）				
フリガナ 《お名前》	《ご関係》	《電話番号》		

② 希望される診療科に✓をつけて下さい																					
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内科	呼吸器内科	呼吸器外科	消化器内科	消化器外科	外科	乳腺外科	形成外科	血管外科	整形外科	脳神経外科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	婦人科	歯科口腔外科	リハビリ科	放射線治療科	放射線科		わからない

③ 下記の質問にお答えください																	
【1】 他医療機関からの紹介状をお持ちですか？	【 はい / いいえ 】																
【2】 添付データはありますか？	【 はい / いいえ 】																
【3】 本日受診科に関する、下記に該当する項目がある場合は✓点をつけてください																	
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td>保険診療</td> <td><input type="checkbox"/></td><td>健康診断</td> <td><input type="checkbox"/></td><td>交通事故</td> <td><input type="checkbox"/></td><td>工作中・通勤途中の傷病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td>第3者等の行為による傷病</td> <td><input type="checkbox"/></td><td>セカンドオピニオン希望</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	保険診療	<input type="checkbox"/>	健康診断	<input type="checkbox"/>	交通事故	<input type="checkbox"/>	工作中・通勤途中の傷病	<input type="checkbox"/>	第3者等の行為による傷病	<input type="checkbox"/>	セカンドオピニオン希望				
<input type="checkbox"/>	保険診療	<input type="checkbox"/>	健康診断	<input type="checkbox"/>	交通事故	<input type="checkbox"/>	工作中・通勤途中の傷病										
<input type="checkbox"/>	第3者等の行為による傷病	<input type="checkbox"/>	セカンドオピニオン希望														

※ご記入後は、保険証・受給者証・紹介状等を添えて受付にご提出ください

《職員記入欄》

当院にて継続治療		選定療養費説明													
有	無	済	不要	<input type="checkbox"/>	10	結核予防法	<input type="checkbox"/>	-	他院紹介状あり	<input type="checkbox"/>	-	他院健診結果表持参	<input type="checkbox"/>	-	当院健診からの受診
紹介状		添付データ		<input type="checkbox"/>	12	生活保護	<input type="checkbox"/>	-	救急車で来院	<input type="checkbox"/>	-	予防注射のみ	<input type="checkbox"/>	-	職員
有	無	有	無	<input type="checkbox"/>	15	更生医療	<input type="checkbox"/>	-	職員家族	<input type="checkbox"/>	-	耳鼻科・皮膚科・婦人科			
				<input type="checkbox"/>	19	被爆者健康手帳									
				<input type="checkbox"/>	25	中国残留邦人									
				<input type="checkbox"/>	38	肝炎治療									
				<input type="checkbox"/>	54	特定疾患医療受給者証									
				<input type="checkbox"/>	80	障害者医療費助成									
				<input type="checkbox"/>	-	労災確定（様式提出済み）									
				<input type="checkbox"/>	-	交通事故一括									
				<input type="checkbox"/>	-	セカンドオピニオンの場合	<input checked="" type="checkbox"/>								
				<input type="checkbox"/>	氏名変更										
(旧姓)				ID検索	初診確認	選定説明	受付	PC入力	保険証返却	スキャナ					