

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	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																			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
内	呼	消	外	乳	形	血	整	脳	泌	眼	耳	皮	婦	歯	リ	放	画	救	わ
科	吸	化	科	腺	成	管	形	神	尿	科	鼻	膚	人	科	ハ	射	像	急	か
科	器	器	科	外	外	外	外	経	器	科	咽	科	科	科	ビ	線	診	科	ら
科	内	内	科	科	科	科	科	外	科	科	喉	科	科	外	リ	治	断	い	
科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科

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	
〔 □ 保険診療 □ 健康診断 □ 交通事故 □ 工作中・通勤途中の傷病 □ 第3者等の行為による傷病 □ セカンドオピニオン希望 〕	

《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						
紹介状	添付データ						
有 ・ 無	有 ・ 無						
備 考 欄							
		受付	選定説明	PC入力	返却(保険証・マイナ)	セカンド	スキャナー
					本人 付添	返却者	

☐ 10 結核予防法
☐ 12 生活保護
☐ 15 更生医療
☐ 19 被爆者健康手帳
☐ 25 中国残留邦人
☐ 38 肝炎治療
☐ 54 特定疾患医療受給者証
☐ 80 障害者医療費助成
☐ - 労災確定(様式提出済み)

☐ - 交通事故一括
☐ - 他院紹介状あり
☐ - 他院健診結果表持参
☐ - 当院健診からの受診
☐ - 救急車で来院
☐ - 予防注射のみ
☐ - 職員
☐ - 職員家族
☐ - 耳鼻科・皮膚科・婦人科