

# 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                                                   | 〒 — |       | 入所施設名   | 入所中の施設があればご記入ください |    |
|                                                       |     |       |         |                   |    |
| 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<br>《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                        | 呼                        | 消                        | 外                        | 乳                        | 形                        | 血                        | 整                        | 脳                        | 泌                        | 眼                        | 耳                        | 皮                        | 婦                        | 歯                        | リ                        | 放                        | 画                        | 救                        | わ                        |                          |                          |
| 科                        | 吸                        | 化                        |                          | 腺                        | 成                        | 管                        | 形                        | 神                        | 尿                        |                          | 鼻                        | 膚                        | 人                        | 科                        | ハ                        | 射                        | 像                        | 急                        | か                        |                          |                          |
|                          | 器                        | 器                        | 科                        | 外                        | 外                        | 外                        | 外                        | 経                        | 器                        |                          | 咽                        |                          |                          | 外                        | ビ                        | 線                        | 診                        |                          | ら                        |                          |                          |
|                          | 内                        | 内                        |                          | 科                        | 科                        | 科                        | 科                        | 外                        | 科                        | 科                        | 喉                        | 科                        | 科                        | 科                        | リ                        | 治                        | 断                        | 科                        | ない                       |                          |                          |
|                          | 科                        | 科                        | 科                        |                          |                          |                          |                          | 科                        |                          |                          |                          |                          |                          | 科                        | 科                        | 療                        | 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                                       |              |
| 〔<br>□ 保険診療 □ 健康診断 □ 交通事故 □ 工作中・通勤途中の傷病<br>□ 第3者等の行為による傷病 □ セカンドオピニオン希望<br>〕 |              |

## 《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"/> — 交通事故一括      |      |             |     |       |
| 紹介状      | 添付データ   | <input type="checkbox"/> 12 生活保護        | <input type="checkbox"/> — 他院紹介状あり     |      |             |     |       |
|          |         | <input type="checkbox"/> 15 更生医療        | <input type="checkbox"/> — 他院健診結果表持参   |      |             |     |       |
| 有 ・ 無    | 有 ・ 無   | <input type="checkbox"/> 19 被爆者健康手帳     | <input type="checkbox"/> — 当院健診からの受診   |      |             |     |       |
|          |         | <input type="checkbox"/> 25 中国残留邦人      | <input type="checkbox"/> — 救急車で来院      |      |             |     |       |
| 備 考 欄    |         | <input type="checkbox"/> 38 肝炎治療        | <input type="checkbox"/> — 予防注射のみ      |      |             |     |       |
|          |         | <input type="checkbox"/> 54 特定疾患医療受給者証  | <input type="checkbox"/> — 職員          |      |             |     |       |
|          |         | <input type="checkbox"/> 80 障害者医療費助成    | <input type="checkbox"/> — 職員家族        |      |             |     |       |
|          |         | <input type="checkbox"/> — 労災確定(様式提出済み) | <input type="checkbox"/> — 耳鼻科・皮膚科・婦人科 |      |             |     |       |
|          |         | 受付                                      | 選定説明                                   | PC入力 | 返却(保険証・マイナ) | 案内  | スキャナー |
|          |         |                                         |                                        |      | 本人付添        | 返却者 |       |