

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