

診療申込書(見本)

申込年月日：平成 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	オオフナ タロウ	性別	生 年 月 日	年齢
氏 名	大船 太郎	男	明治・昭和	27年 8月 8日 62歳
		女	大正・平成	
現住所	〒 247-0056 神奈川県鎌倉市大船6-2-24			
自宅電話番号		本人携帯番号		
(0467) 45-2111		(090) ●●●●-▲▲▲▲		
勤務先電話番号		勤務先名		
(0467) ●●●●-▲▲▲▲		(株)●●●●商会 総務課		
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)				
《お名前》	鎌倉 花子	《ご関係》	妹	《電話番号》 (090) ■■■■-××××

② 希望される診療科に✓をつけて下さい																					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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	消化器内科	外 科	乳 腺 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	リ ハ ビ リ 科	放 射 線 治 療 科								わ か ら な い

③ 下記の質問にお答えください(分かる範囲でかまいません)			
【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		
【2】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			
<input checked="" 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"/> 第三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"/> 12 生活保護	<input type="checkbox"/> 15 更生医療	<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"/> - 他院紹介状あり	<input type="checkbox"/> - 当院健診からの受診	<input type="checkbox"/> - 救急車で来院	<input type="checkbox"/> - 予防注射のみ	<input type="checkbox"/> - 職員	<input type="checkbox"/> - 職員家族	<input type="checkbox"/> - 耳鼻科・皮膚科・婦人科
紹介状	添付データ		<input type="checkbox"/> ID検索	<input type="checkbox"/> 初診の確認	<input type="checkbox"/> 選定説明	<input type="checkbox"/> 受付	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> 返却	<input type="checkbox"/> スキナー										
有 無	有 無	有 無																	
<input type="checkbox"/> セカンドオピニオンの場合 ✓																			
<input type="checkbox"/> 氏名変更																			
(旧姓)																			