

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	オオフナ タロウ	性別	生 年 月 日		年齢
氏 名	大船 太郎	男	大正 昭和	27年 8月 8日	62歳
		女	平成・令和		
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																			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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	科	外	科	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	科	リ	治	断	い	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	
[☒ 保険診療 ☐ 健康診断 ☐ 交通事故 ☐ 工作中・通勤途中の傷病 ☐ 第三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					
☐ 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					
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
			本人付添	返却者	