

診療申込書

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	性別	生 年 月 日			年齢
氏 名	男	明治	昭和	年	日
	女	大正	平成	月	歳
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																					
<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 科	呼 吸 器 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	歯 科	口 腔 外 科	リ ハ ビ リ 科	放 射 線 治 療 科	放 射 線 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 】
【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	
<input 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"/>	—	他院紹介状あり	<input type="checkbox"/>	12	生活保護	<input type="checkbox"/>	—	他院健診結果表持参
紹介状		添付データ		<input type="checkbox"/>	15	更生医療	<input type="checkbox"/>	—	当院健診からの受診	<input type="checkbox"/>	19	被爆者健康手帳	<input type="checkbox"/>	—	救急車で来院
有	無	有	無	<input type="checkbox"/>	25	中国残留邦人	<input type="checkbox"/>	—	予防注射のみ	<input type="checkbox"/>	38	肝炎治療	<input type="checkbox"/>	—	職員
<input type="checkbox"/> セカンドオピニオンの場合 ✓				<input type="checkbox"/>	54	特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/>	—	職員家族	<input type="checkbox"/>	80	障害者医療費助成	<input type="checkbox"/>	—	耳鼻科・皮膚科・婦人科
<input type="checkbox"/> 氏名変更				<input type="checkbox"/>	—	労災確定（様式提出済み）									
				<input type="checkbox"/>	—	交通事故一括	ID検索	初診確認	選定説明	受付	PC入力	保険証返却	スキャナ		
(旧姓)															