

診 察 申 込 書

※保険証・医療証などを添えて、初診受付にご提出ください

申込日 年 月 日

ID.No

--	--	--	--	--	--	--	--

受付	
----	--

確認	
----	--

紹介状	あり・なし
-----	-------

※太枠内のみご記入ください

フリガナ		性別		生年月日	大正 昭和	平成 令和	年	月	日	年齢	歳	
氏名		男・女		電話番号	-							
				緊急連絡先 (携帯番号)	-							
住所	〒 □□□□ - □□□□				都 道 市 区 府 県 郡 町 村							

■ 以前に、当院を受診したことがありますか (はい・いいえ)

■ 紹介状をお持ちですか (はい・いいえ)

※選定療養費について

紹介状をお持ちでない方につきましては、選定療養費として7,700円(税込み)を負担していただきます。

■ 他院に入院中又は、施設に入所中ですか (はい・いいえ)

↳ 病院・施設名(

) ※他院に入院中及び、施設に入所中の場合、保険証が使えない場合があります。

費用区分を選んで下さい→ 健康保険 ・ 労災 ・ 交通事故 ・ その他()

診 療 科	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	21	22	24	32	34	35	36	37	38	39	45	46	47	48
	循環器内科	呼吸器・アレルギー内科	消化器・代謝内科	脳神経内科	消化器外科・小児外科	脳神経外科	心臓血管外科	整形外科	歯科口腔外科	産婦人科	小児科	眼科	耳鼻咽喉・頭頸部外科	皮膚科	泌尿器科	精神科	放射線・核医学科	放射線治療科	ペインセンター	総合診療科	感染制御内科	呼吸器外科	女性専用外来	緩和ケアセンター	腫瘍内科	リウマチ外来	乳腺センター	糖尿病・内分泌内科	形成外科	四肢外傷センター	めまい・難聴センター	腎臓内科	血液内科