

# 診 療 申 込 書

登録番号（診察券番号）

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

年      月      日

フリガナ	性別	生	明治：M			
氏名	男 女	年	大正：T	年	月	
		月	昭和：S			日
		日	平成：H			
			令和：R			

**※紹介状のない初診の方については「非紹介患者初診加算料7,700円」が加算されます。**

非紹介患者初診加算料がかかる場合は、支払いに同意します。（をつけてください。）

世帯主名または保護者名	続柄	
-------------	----	--

現住所（前回来院時と変更がある方のご記入ください。） 〒	TEL	-	-
	携帯	-	-

連絡先（勤務先、その他） 〒	TEL	-	-
	携帯	-	-

☆ 本日、受診する科に○を付けてください。

1：内科	2：呼吸器内科	3：消化器内科	4：循環器内科	5：代謝内科
6：緩和ケア内科	7：腫瘍内科	8：脳神経内科	9：腎臓内科	10：精神科
11：リウマチ科	12：小児科	13：外科	14：消化器外科	15：乳腺外科
16：整形外科	17：形成外科	18：脳神経外科	19：呼吸器外科	20：心臓血管外科
21：皮膚科	22：泌尿器科	23：産婦人科	24：眼科	25：耳鼻いんこう科
26：リハビリテーション科	27：放射線科	28：麻酔科	29：歯科口腔外科	
30：その他（	）			

☆ 以下について、当てはまるところに○をつけてください。

① 紹介状を持っていますか。（ いる ・ いない ）  
紹介状等を持っている方は紹介元を記入してください。

病院 / 医院 / クリニック

---

② 【再来の方にお伺いします。】先生との約束はありますか。（ はい ・ いいえ ）  
約束がある方は、下記の（            ）内に記入してください。  
前回（      月      日ごろ）、（      ）か月後に来るよう言われた。

③ 工作中（通勤途上を含む）のケガ・病気ですか。（ はい ・ いいえ ）

④ 【ケガの場合にお伺いします】交通事故ですか。（ はい ・ いいえ ）