

診 察 申 込 書

太枠内をご記入ください。

診察券番号：

--	--	--	--	--

① 紹介状をお持ちですか？	はい ・ いいえ
※紹介状なしの場合、「初診時選定療養費」として、5,500円（税込）をご負担いただきます。詳細は裏面をご覧ください。	
② 画像CDをお持ちですか？	はい ・ いいえ
③ 健康診断目的ですか？	はい ・ いいえ
④ 交通事故ですか？	はい ・ いいえ
⑤ 工作中または通勤中のおケガですか？	はい ・ いいえ

フリガナ		性別	生年	大正・昭和・平成・令和・西暦
お名前		男 女	月 日	年 月 日 歳
住所	〒			
電話番号	ご自宅		携帯番号	
勤務先名			電話番号	

▼緊急連絡先

フリガナ		関 係	携帯番号	
お名前			ご自宅	

▼受診を希望する診療科に○印をつけてください。

内 科	循 環 器 内 科	整 形 外 科	外 科	乳 腺 外 科	脳 神 経 外 科	泌 尿 器 科	小 児 科	産 婦 人 科	耳 鼻 咽 喉 科	眼 科	皮 膚 科	歯 科 口 腔 外 科	放 射 線 科	分 か ら な い
--------	-----------------------	------------------	--------	------------------	-----------------------	------------------	-------------	------------------	-----------------------	--------	-------------	----------------------------	------------------	-----------------------

- 保険証は申込書と一緒に受付へ提出してください。
- 後期高齢・難病法・乳幼児・母子・父子・重度医療などの受給者証をお持ちでしたら、一緒に提出してください。

病院使用欄

※住所変更あり…… □ 現在の登録住所は実家情報へ □ 現在の登録住所は削除

受付者	登録者