

診療申込書

病院記入欄		

患者番号	—
------	---

	C D		フィルム
	心電図		その他

* 太枠の中のみ記入して下さい。

申込年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

他医療機関からの紹介状をお持ちですか	はい/いいえ	当院を受診したことがありますか	はい/いいえ
--------------------	--------	-----------------	--------

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
氏名				年

現住所	(〒 —)
-----	--------

電話番号(自宅)	(携帯)
----------	------

緊急時 又は 診察に対する連絡について、本人以外に希望しますか	はい/いいえ
(連絡先)	(続柄)

※上記電話番号については、カルテに記載し当院よりご連絡させていただく場合がございます。

※おケガの場合 にお尋ねします	仕事中的おケガですか	はい/いいえ	交通事故ですか	はい/いいえ
--------------------	------------	--------	---------	--------

診療科	総合内科	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	リウマチ内科	代謝内科	血液内科	脳神経内科	腫瘍内科	精神科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	婦人科	産科	眼科	乳腺外科	呼吸器外科	心臓血管外科
-----	------	-------	-------	-------	--------	------	------	-------	------	-----	-----	----	------	-------	-----	------	-----	----	----	------	-------	--------

●保険外療養費についての同意書 (紹介状をお持ちでない方のみ)

保険外併用療養費についてその説明を受け、5,500円(税込)を本日の診療費に併せお支払いすることを同意致します。

署名 _____

代理人 _____ (続柄) _____