

# 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 | 年 | 月 | 日生  |
| 氏名   |  |     |      |                |   |   | (歳) |

|     |        |
|-----|--------|
| 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 | 歯科 | 歯科 | 歯科 |
|-----|------|-------|-------|-------|--------|------|------|-------|------|-----|-----|----|------|-------|-----|------|-----|----|----|------|-------|--------|----|----|----|

## ●オンライン資格確認における限度額適用認定証の情報照会についての同意確認

情報照会に、( 同意します / 同意しません )

※マイナンバーカードをお持ちでない、健康保険証で受診される方も対象です。  
(同意いただきますと、外来・入院でご自身のお支払い額がひと月ごとに一定額までのご負担で済むようになります。)  
ご不明点につきましては、スタッフまでお問い合わせください。

署名 \_\_\_\_\_

代理人 \_\_\_\_\_ (続柄)

※マイナンバーカードを保険証代わりに利用される方は、診療申込書ご記入後、窓口からお呼びするまでの間に、  
確認端末での認証を済ませてお待ちください。