✿✿✿

初 診 申 込 書

【 記入上の注意 】

1. 太線の中に記入してください（FAX診療申込書・予約確認票をお持ちの方は記入不要です）

2. 保険証（公費受給者証・限度額認定証など）、紹介状等を添えて、①番初診受付窓口に提出してください

3. 受診者が１８歳未満の場合は、保護者の氏名・住所・電話番号・続柄等を記入してください

↓太線の中を記入してください

受診年月日	平成　　年　　月　　日		ＩＤ番号	科コード
フリガナ		性　別	生　年　月　日	
患者名		男・女	明治　昭和 大正　平成　　年　　月　　日（満　　歳）	
現住所及び連絡先	〒　　－ 自宅電話（　　－　　－　　）　携帯電話（　　－　　－　　）			
患者が18歳未満の場合は《必須》 保護者氏名等	患者が１８歳未満の場合は、保護者の方の氏名（フリガナ）・続柄・住所・連絡先等をご記入下さい　続柄・患者との関係 氏名（フリガナ）　（　　） 住所（患者と同じ場合は同上とご記入ください 〒　　－ 電話番号（　　－　　－　　）　携帯電話（　　－　　－　　）			
《必須》 緊急連絡先	職場や家族等、本人以外で緊急時に連絡可能な方の氏名（フリガナ）・続柄・連絡先等をご記入下さい　続柄・患者との関係 氏名・勤務先名（フリガナ）　（　　） 住所（患者と同じ場合は同上とご記入ください 〒　　－ 電話番号（　　－　　－　　）　携帯電話（　　－　　－　　）			

⬇ 下記についてお答えください。

1．本院を受診されるのは**初めて**ですか？　（ はい ・ いいえ ）

2．他の病院や診療科からの**紹介状**は、お持ちです　（ はい ・ いいえ ）・・・いいえと答えた方は↓お読みください

初診時にかかりつけ医からの紹介状(診療情報提供書)のない方は、初診料の他に「初診時の特別料金」として、**医科5,400円・歯科3,240円を自己負担**していただきます。（ただし、紹介状がないと受診できない診療科もありますのでおたずねください）

上記について同意し、受診を申し込みます。（署名）　　（続柄）

3．**仕事中・通勤中のケガ（労災・公災→健康保険使用不可）**で受診されますか　（ はい ・ いいえ ）

はい と答えた方は、新患手続き後に⑦番窓口にて労災・公災申請に係る手続きがあります。

4．**交通事故のケガ**の治療で受診されますか？　（ はい ・ いいえ ）

はい と答えた方は右の質問に回答願います。　（ 自損・第三者加害 ）　健康保険を（ 使用します・使用しません・未定 ）

保険会社名をお知らせください。（保険会社名　　担当者　　TEL　　－　　－　　）

5．**他の病院へ入院中**ですか？　（ はい ・ いいえ ）

はい と答えた方は、入院中病院からの会計に係る文書を①番窓口へご提出願います。文書をお持ちでない方は、入院中の病院名をお知らせください。→

6．受診する診療科に○印をつけてください⬇

消化器・血液・膠原病内科	循環器・腎臓内科	呼吸器内科・感染症科	内分泌・糖尿病代謝	脳神経内科	腫瘍内科	神経科精神科	小児科	呼吸器・心臓血管外科	消化器・乳腺・甲状腺外科	整形外科	リハビリテーション科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線治療科	放射線診断科	産科婦人科	麻酔科	脳神経外科	形成外科	小児外科	総合診療部	救急科	病理診断科	歯科口腔外科
01	02	26	03	23	24	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	27	15	16	17	18	19	21	22	25	44

特記事項（紹介医療機関名等）

電話（　　）-（　　）-（　　）FAX（　　）-（　　）-（　　）

病院　クリニック
医院　診療所