

【診察申込書】

- 他の医療機関からの紹介状をお持ちでない場合、初診料に係る選定療養費として7,000円（医科）または5,000円（歯科）の選定療養費（いずれも消費税込み）をご負担いただきます。
- 当センターでは、オンライン資格確認システムで患者情報を閲覧します。

同意する

診察を希望される診療科の左側の空欄に○印をつけてください。

| | | | |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 総合内科 | 膠原病リウマチ内科 | 整形外科 | 放射線治療科 |
| 循環器内科 | 感染症内科 | 形成外科 | リハビリテーション科 |
| 脳神経内科 | 緩和ケア内科 | 歯科口腔外科 | 救急科 |
| 糖尿病・内分泌内科 | 消化器外科・総合外科 | 皮膚科 | 認知症疾患医療センター |
| 消化器内科 | 心臓血管外科 | 泌尿器科 | 精神科 |
| 腎臓内科 | 脳神経外科 | 眼科 | 麻酔科・ペインクリニック科 |
| 呼吸器内科 | 乳腺外科 | 耳鼻咽喉科頭頸部外科 | 産婦人科 |
| 腫瘍・血液内科 | 呼吸器外科 | 放射線診断・IVR科 | 小児科・小児外科 |

★ 他病院からの紹介状 または 健康診断等の結果はお持ちですか？ はい ・ いいえ
 ※「はい」の場合：画像データ（CD-R）持参（あり ・ なし）

★ 診察の予約はありますか？ はい 時間（ 時 分 ） ・ いいえ
医師名（ ）

★ 患者さんご本人は、来院されていますか？（他医療機関にご入院中の場合はお申し出ください。） はい ・ いいえ

★ 本日の受診は？
 診察 予防接種（自費）
 工作中的のケガ等【(労災・公災)当院が最初の病院ですか？（はい・いいえ）】
 交通事故（自賠償・保険使用） 健康診断（自費） セカンドオピニオン（自費）

| | | |
|------|---------|-----------|
| 受診者名 | (フリガナ) | 性別 |
| | (姓) (名) | 1 男 ・ 2 女 |

生年月日 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日 (歳)
4 平成 5 令和 6 西暦

| | | |
|-----|--|---|
| 現住所 | 〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 都 道 府 県 *アパート・マンション・建物名・号までご記入ください。 | 国籍 Nationality <input type="checkbox"/> 日本国籍 <input type="checkbox"/> 日本以外の国籍 () *国籍をご記入ください |
|-----|--|---|

連絡先
 日中ご連絡可能な番号をご記入ください。
 自宅 - -
 携帯 - - 所有者・続柄等 ()
 緊急連絡先 - -

※当院における個人情報の利用目的については、院内に掲示しその利用目的以外では利用いたしません。

病院使用欄

※患者ID

受診年月日： 20 年 月 日

| | |
|----|----|
| 登録 | 確認 |
| | |