

【診察申込書】

- こちらの申込書は、当センターを初めて受診される方のみご記入ください。
- 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	外科・消化器外科	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 <input type="checkbox"/> ・ なし <input type="checkbox"/> ）			
★ 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？			
<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 予防接種（自費）			
<input type="checkbox"/> 仕事中のケガ等【(労災・公災)当院が最初の病院ですか？（はい・いいえ）】			
<input type="checkbox"/> 交通事故（自賠償・保険使用） <input type="checkbox"/> 健康診断（自費） <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン（自費）			
受診者氏名	(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 4 平成 5 令和 6 西暦	年 月 日	(歳)
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	国籍 Nationality	
	都道 府県	<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

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

受診年月日： 20 年 月 日

登録	確認
<input type="text"/>	<input type="text"/>