

# 診察申込書

カルテ番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

国 社 後 生 労 交 自 費

※太枠の中のみご記入ください

： 年 月 日

<ul style="list-style-type: none"> <li>• これまで、当院を受診されたことはありますか？（初めて・以前 年 月頃受診あり）</li> <li>• 当院をどのようにして知りましたか？（身内、知人から・他病院から・新聞、雑誌記事・テレビ・ホームページ・電話帳・その他）</li> <li>• 本日は、他医療機関からの紹介状をお持ちですか？（はい・いいえ） フィルム（あり・なし）</li> <li>• 希望する診療科に○をしてください。 （脳神経外科・整形外科・脳神経内科・循環器内科・形成外科・内科・わからない） 医師名（ ）</li> </ul>				
フリガナ		性別	生 年 月 日	職 業
氏 名		男	明治 大正 年 月 日	
		女	昭和 平成 ( 歳)	
フリガナ				
現 住 所	(〒 - )	※町名のフリガナは、必ずご記入ください。		
電話番号	自宅	- -	携帯電話	- -
現住所以外の 連絡先 (勤務先・その他)			連絡先 電話番号	- - 様方
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)	※交通事故にあわれた方は相手の方、もしくは保険会社の連絡先をご記入ください	
	• 通勤中的おケガですか	(はい・いいえ)	相手方/ 保険会社	
	• 交通事故ですか	(はい・いいえ)		
	• 第三者によるおケガですか	(はい・いいえ)	連絡先 電話番号	
	• 自分の過失によるものですか	(はい・いいえ)		

※1. 他院から所定の『紹介状』をお持ちでない場合は、選定療養費5,000円(消費税込み)を会計時にお支払いください。(共13-1)

※2. 当院は、健康診断を行っていません。なお、脳ドックについては窓口までお問い合わせください。

ご記入後は、保険証・受給者証・紹介状CD-R又はフィルム等を添えて初診受付にご提出ください。