

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

・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） ・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 ） ・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） ・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・神経形成外科・内科・わからない ） 医師名（ ）				
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 7,000 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。