

# 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

|   |                             |                                       |             |     |
|---|-----------------------------|---------------------------------------|-------------|-----|
| <p>・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）</p> <p>・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 ）</p> <p>・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）</p> <p>・希望する診療科に○をしてください。<br/>（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（ ）</p> |                             |                                       |             |     |
| 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<br>連絡先<br>(勤務先・その他)  |                             | 連絡先<br>電話番号                           | - - 様方      |     |
| おケガの場合<br>に<br>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/<br>保険会社                          |             |     |
|   | ・ 交通事故ですか (はい・いいえ)          | 連絡先<br>電話番号                           |             |     |
|   | ・ 第三者によるおケガですか (はい・いいえ)     |                                       |             |     |
|   | ・ 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7,700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。