

# 診療申込書

年 月 日

初診で紹介状をお持ちでない患者様は、初診料の他に初診時特定療養費「1,600円」を負担して頂いております。御同意の上、診療申込書のご記入をお願い致します。

※ 初診時特定療養費対象外となる方

- ・紹介状を持参された方
- ・生活保護法による医療扶助の対象とされている方
- ・特定疾患または障害などにより各種公費負担制度を受給されている方

以下、太枠の①～⑥までを記入して下さい。

① 本日受診希望の診療科, 健康診断, 4市の検診																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
内科	循環器内科	小児科	外科	乳腺外科	心臓血管外科	小児外科	皮膚科	泌尿器科	脳神経外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	婦人科	形成外科	歯科口腔外科	緩和ケア科	美容皮膚科						
受診希望の医師		有り ( ) ・ 無し																					
健康診断・特定健診・4市の検診 (胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮がん・前立腺がん)																							
かな										③ 生年月日 (Date Of Birth YYYY/MM/DD)													
② 氏名 Name										M T		年		月		日		S H					
										性別 Sex		男 Male		・		女 Female							
④ 住所 Address		〒																					
電話 Phone No. (Home)										携帯 Phone No. (Mobile)													
E-mail		@																					
⑤ 勤務先名 (Work place information)																							
電話 Phone No. (Home)										携帯 Phone No. (Mobile)													
⑥ 緊急連絡先 Emergency contact details																							
氏名 Name				ご関係 Relationship																			
住所 Address																							
電話 Phone No. (Home)										携帯 Phone No. (Mobile)													
E-mail		@																					

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険証返却
済

受付者

登録者