

診療申込書

同意の上ご記入お願いします。



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なられている方
- ・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

記入例

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 checked="" 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	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	ペイン	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	あさか たろう	③生年月日 (Date Of Birth YYYY/MM/DD)										
②氏名 Name	朝霞 太郎	<table><tr><td>M</td><td>T</td><td>30年</td><td>1月</td><td>1日</td></tr><tr><td>S</td><td>H</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	M	T	30年	1月	1日	S	H			
M	T	30年	1月	1日								
S	H											
性別 Sex	<input checked="" type="radio"/> 男 Male	<input type="radio"/> 女 Female										

④住所 Address	〒 351 - 0023 埼玉県朝霞市溝沼1340-1		
電話 Phone No. (Home)	048-△△△-△△△△	携帯 Phone No. (Mobile)	090-□□□□-□□□□
勤務先 (Work place information)	TMGあさか医療センター		
電話 Phone No. (Home)	048-000-0000	携帯 Phone No. (Mobile)	

⑥ 緊急連絡先 Emergency contact details

氏名 Name	朝霞 一郎	ご関係 Relationship	息子
住所 Address	埼玉県朝霞市西弁財1-8-10		
電話 Phone No. (Home)	048-□□□-□□□□	携帯 Phone No. (Mobile)	080-△△△-△△△△

赤い太枠内ご記入お願いします。