

診療申込書

申込年月日：令和 年 月 日

ID番号 _____

※ ①～③ 太枠の中のみ記入してください

① 受診される患者さんの氏名・住所・電話番号などをご記入下さい							
フリガナ		性別	生 年 月 日			年齢	
氏 名		男	大正 ・ 昭和	年	月	日	歳
		女	平成 ・ 令和				
現住所	〒 _____						
自宅電話番号			本人携帯番号				
() _____			() _____				
勤務先電話番号			勤務先名				
() _____							
自宅以外の連絡先（緊急連絡先） ※連絡をしても差し支えない所をご記入ください（家族の携帯、実家、親戚など）							
フリガナ 《お名前》	《ご関係》	《電話番号》					

② 希望される診療科に✓をつけて下さい																					
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内	呼	呼	消	消	外	乳	形	血	整	脳	泌	眼	耳	皮	婦	歯	リ	放	画	救	わ
科	吸	吸	化	化	科	腺	成	管	形	神	尿	科	鼻	膚	人	科	ハ	射	像	急	か
	器	器	器	器		外	外	外	外	経	器		咽	科	科	口	ビ	線	診	科	ら
	内	外	内	外		科	科	科	科	外	科		喉		腔	リ	治	断		な	い
	科	科	科	科						科			科		外	科	療	科			

③ 下記の質問にお答えください	
【1】 他医療機関からの紹介状をお持ちですか？	【 はい / いいえ 】
【2】 添付データはありますか？	【 はい / いいえ 】
【3】 本日受診科に関する、下記に該当する項目がある場合は✓点をつけてください	
〔 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中・通勤途中の傷病 <input type="checkbox"/> 第三者等の行為による傷病 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン希望 〕	

※ご記入後は、保険証・受給者証・紹介状等を添えて受付にご提出ください

《職員記入欄》

当院にて継続治療	選定療養費説明						
有 ・ 無	済	不要	<input type="checkbox"/> 10 結核予防法	<input type="checkbox"/> 11 他院紹介状あり			
紹介状	有	無	<input type="checkbox"/> 12 生活保護	<input type="checkbox"/> 12 他院健診結果表持参			
			<input type="checkbox"/> 15 更生医療	<input type="checkbox"/> 13 当院健診からの受診			
有	無	有	<input type="checkbox"/> 19 被爆者健康手帳	<input type="checkbox"/> 14 救急車で来院			
			<input type="checkbox"/> 25 中国残留邦人	<input type="checkbox"/> 15 予防注射のみ			
<input type="checkbox"/> セカンドオピニオンの場合 ✓			<input type="checkbox"/> 38 肝炎治療	<input type="checkbox"/> 16 職員			
<input type="checkbox"/> 氏名変更			<input type="checkbox"/> 54 特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 17 職員家族			
(旧姓)			<input type="checkbox"/> 80 障害者医療費助成	<input type="checkbox"/> 18 耳鼻科・皮膚科・婦人科			
			<input type="checkbox"/> 労災確定（様式提出済み）	<input type="checkbox"/> 19 保健所からの依頼			
			<input type="checkbox"/> 交通事故一括				
	受付	選定説明	PC入力	保険証返却	ご案内	セカンド	スキャナ