

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	明治・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 科	呼 吸 器 内 科	呼 吸 器 外 科	消 化 器 内 科	消 化 器 外 科	外 科	乳 腺 外 科	形 成 外 科	血 管 外 科	整 形 外 科	脳 神 経 外 科	泌 尿 器 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	皮 膚 科	婦 人 科	歯 科 口 腔 外 科	リ ハ ビ リ 科	放 射 線 治 療 科	画 像 診 断 科	救 急 科	わ か ら な い

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"/> 15 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"/> 救急車で来院			
			<input type="checkbox"/> 25 中国残留邦人	<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 職員家族			
(旧姓)			<input type="checkbox"/> 80 障害者医療費助成	<input type="checkbox"/> 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"/> 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