

ID:

診療申込書

年 月 日

フリガナ		生			
氏名	男 女	年月日	年 月 日 生		
住所	〒	電話			
	アパート・マンション等は棟・部屋番号をご記入ください		携帯		

受診希望科（希望科に○をつけてください）

	01 総合内科		25 脳神経外科		64 放射線治療科
	90 総合診療科		87 脊椎センター		52 放射線科
	16 外科		19 整形外科		
	35 乳腺・甲状腺科		40 泌尿器科		
	04 呼吸器内科		22 形成外科		69 免疫療法
	31 呼吸器外科		34 血管外科		85 救急科
	10 循環器科		46 眼科		
	07 消化器内科		15 血液内科		66 歯科
	14 内分泌科		55 痛み外来		
	13 腎臓内科		93 健診精密外来		

- 1 紹介状をお持ちですか？
はい（ 病院・クリニック ） いいえ
- 2 仕事上のけが、交通事故、学校でのけが等で受診される方はお申し出ください。
仕事上のけが 交通事故 学校でのけが
- 3 お薬手帳をお持ちですか？
はい（ 持参している ： 持参していない ） いいえ
- 4 オンライン資格確認システムにより、診療情報・限度額認定証情報等を当院が取得することに同意しますか。
同意します 同意しません
- 5 この1年間で、健康診断（特定健診又は高齢者健診等も含む）を受診していますか？
受診している（受診時期： ） 受診していない
- 【受診された方】指摘事項等があればご記入ください。（ ）

※ 本人確認のため、保険証の写しを取らせていただきますので、予めご了承ください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※ 以下病院記入欄

登		確	
録		認	