

# 診 察 申 込 書

申込年月日	令和 年 月 日	患者番号							
フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日						
氏 名			明・大・昭・平・令  年 月 日						
現住所	〒 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">  </span> - <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">  </span>		電 話 番 号						
	アパート・マンション名、部屋番号 ( )		携帯電話	- -					
			自 宅	- -					
※予約変更等で病院から連絡をする場合がありますので、ご了承下さい。									

(受診科に○をして下さい)	01	循環器内科	06	消化器外科	<p><b>*該当項目があれば☑をしてください</b></p> <input type="checkbox"/> 診察券を忘れました。 <input type="checkbox"/> 診察券を紛失・破損しました。 ※再発行110円自己負担となります。 <input type="checkbox"/> 保険証が変わりました。 <input type="checkbox"/> 住所・電話番号等が変わりました。 <input type="checkbox"/> 半年以上、来院してません。 <input type="checkbox"/> 時間外受診のため診察券ありません。 ( )
	29	内分泌代謝内科	24	小児外科	
	02	消化器内科	07	心臓血管外科	
	31	腎臓内科	26	呼吸器外科	
	03	呼吸器内科	32	乳腺・内分泌外科	
		膠原病内科	08	整形外科	
	04	精神科			
	05	小児科	12	耳鼻咽喉科頭頸部外科	
	13	放射線科	16	歯科口腔外科	
	33	放射線治療科	18	脳神経外科	
	14	女性診療科・婦人科腫瘍科	09	皮膚科	
	17	脳神経内科	25	形成外科	
	19	脳神経小児科	10	泌尿器科	
	34	遺伝子診療科	11	眼科	
	27	血液内科	15	麻酔科・ペインクリニック外科	
	42	腫瘍内科	23	救急科	
	28	薬物療法内科	37	病理診断科	
	80	感染症内科	38	神経病理診断科	
	41	緩和ケア科	39	リハビリテーション科	
	22	総合診療外来	43	スポーツ医科学センター	

診療科了承済  
 トラベルクリニック(自費)  
 遺伝子カウンセリング(自費)  
 とりりんりに登録したい (患者呼出システム)

紹介状 (検診を含む)	有・無	紹介元( ) 医院 病院 院内 ( )科
CD・レントゲン写真持参 (有・無)		救急車搬送 (有・無)
* 該当項目に☑をしてください		
<input type="checkbox"/> 交通事故(保険併用)	<input type="checkbox"/> 労災(工作上・通勤中の傷病)	<input type="checkbox"/> 公費負担医療受給者証あり
<input type="checkbox"/> 他病院入院中・老健施設入所中の方	<input type="checkbox"/> 交通事故(自賠責:診療点数×15円)	<input type="checkbox"/> <b>該当なし</b>

紹介状をお持ちでない方は、初診時:7,700円(歯科5,500円)、再診時:3,300円(歯科2,090円)を別途お支払いいただくこととなります。  
 ご了承いただけましたら☑をお願いします。

登 録	受 付