

# 診療申込書

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日 DATE OF BIRTH				
氏名 NAME		男 M ・ 女 F	明治	大正	昭和	平成	令和
			年		月		日生
			mm		dd		( 歳) yyyy
住所 ADDRESS	〒 □□□□□□□□	国籍 NATIONALITY					
		自宅電話 HOME PHONE	— —				
		携帯電話 MOBILE	— —				
勤務先名 OFFICE		勤務先電話 OFFICE PHONE	— —				

・受診を希望する診療科に○を付けて下さい。

<input type="radio"/>	診療科名
<input type="radio"/>	内科
<input type="radio"/>	外科
<input type="radio"/>	整形外科
<input type="radio"/>	脳神経外科
<input type="radio"/>	心臓血管外科
<input type="radio"/>	皮膚科
<input type="radio"/>	泌尿器科
<input type="radio"/>	形成外科
<input type="radio"/>	眼科
<input type="radio"/>	耳鼻咽喉科
<input type="radio"/>	リハビリテーション科
<input type="radio"/>	歯科口腔外科
<input type="radio"/>	ペインクリニック
<input type="radio"/>	放射線科

・該当する項目に○を付けて下さい。

<input type="radio"/>	今回の受診について
<input type="radio"/>	当院は初めての受診である
<input type="radio"/>	当院の健康管理センターからの紹介状又は結果票を持参している
<input type="radio"/>	他の病院等の紹介状を持参している
<input type="radio"/>	仕事上で発生した傷病である
<input type="radio"/>	通勤途中の傷病である
<input type="radio"/>	交通事故による傷病である
<input type="radio"/>	第三者行為（ケンカ等）による傷病である

・該当する項目に○を付けて下さい。

<input type="radio"/>	当院を何でお知りになりましたか？
<input type="radio"/>	当院健康管理センター
<input type="radio"/>	インターネット（病院検索サイト名）
<input type="radio"/>	当院ホームページ
<input type="radio"/>	他施設からの紹介受診
<input type="radio"/>	家族の紹介
<input type="radio"/>	職場の紹介
<input type="radio"/>	知人の紹介
<input type="radio"/>	家が近い
<input type="radio"/>	その他（）

※上記を記入のうえ、保険証を添えて「①診察受付」窓口へ提出して下さい。当院の診察券をお持ちの方は、診察券も併せて提出して下さい。診察券を紛失された方は、お申し出下さい。