診療申込書

病院記入欄		

患者番号	ー

	ＣＤ		フィルム
	心電図		その他

＊太枠の中のみ記入して下さい。

申込年月日　平成　　年　　月　　日	
他医療機関からの紹介状をお持ちですか　はい／いいえ	当院を受診したことがありますか　はい／いいえ

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日生 （　歳）
氏　名				
現住所	（〒　ー　）			
電話番号	（自宅）　（携帯）			

緊急時 又は 診察に対する連絡について、本人以外に希望しますか　はい／いいえ

（連絡先）　（続柄）

※上記電話番号については、カルテに記載し当院よりご連絡させていただく場合がございます。

※おケガの場合にお尋ねします	仕事中のおケガですか　はい／いいえ	交通事故ですか　はい／いいえ

診療科	総合内科	消化器科	循環器科	呼吸器内科	リウマチ科	代謝科	血液内科	神経内科	精神科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	婦人科	産科	眼科	乳腺外科	呼吸器外科	心臓血管外科

●保険外療養費についての同意書（紹介状をお持ちでない方のみ）

保険外併用療養費についてその説明を受け、5400円（税込）を
本日の診療費に併せお支払いすることを同意致します。

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿