

受付番号
------

# 【受診申込書】

カルテNo.	—
--------	---

- ◎受付の際、保険証・医療証・紹介状を①初診受付にご提示ください。
- ◎交通事故や仕事中的事故(労災)で受診される方は、お申し出ください。
- ◎現在、お薬服用されている患者さんは、診察時にその内容がわかるもの(お薬手帳)などを医師にお見せください。

フリガナ			
氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( ) 歳	性別	男・女
現住所	〒 —		
	TEL ( ) — 携帯 ( ) —		
緊急連絡先 (本人以外)	TEL ( ) —		
	お名前 続柄 携帯 ( ) —		
過去に当院を受診したことはありますか?	あり ( 年 月頃) ・ なし		
紹介状を持参されていますか?	あり ・ なし		
1か月以内に海外へ行かれたことがありますか?	あり ・ なし (現在、発熱していますか? はい・いいえ ) 渡航先 ( ) 期間 ( / ~ / )		

◎受診を希望する科に"○"印を付けてください。

<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 消化管内科	<input type="checkbox"/> 上部消化管外科	<input type="checkbox"/> 精神科神経科
<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵内科	<input type="checkbox"/> 下部消化管外科	<input type="checkbox"/> 小児科
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 救急科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 腎・透析内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌・代謝内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 放射線科 ( 1・8 )
<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患内科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション部	<input type="checkbox"/> ペインクリニック部
<input type="checkbox"/> 総合診療センター		<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科

診察券		【特記事項】
有・無・再	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災	