

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。

◎交通事故や仕事中の事故(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・令 年 月 日生 () 歳	性別	男・女
現住所	〒 —		
	TEL () — 携帯 () —		
緊急連絡先 (本人以外)	お名前		TEL () —
	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		
2週間以内に海外へ行かれたことがありますか?	あり (現在、発熱していますか? はい・いいえ) ・ なし		

◎受診を希望する科に"○"印を付けてください。

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