

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。
- ◎交通事故や仕事上の事故(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)	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		
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
アレルギー・リウマチ内科	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	