

受付番号

【受診申込書】

カルテNo.

—

◎申込時、保険証・マイナンバーカード・医療証・紹介状を①初診受付に、ご提示ください。

フリガナ			
氏 名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生（ ）歳	性別	男・女
現 住 所	〒 —		
	自宅（ ） — 携帯（ ） —		
緊急連絡先 (本人以外)	氏 名 自宅（ ） —		
	続柄（ ）携帯（ ） —		
他院からの紹介状はお持ちですか？		☐ はい（画像データ： ☐ 有 ☐ 無） ☐ いいえ	
当院の受診は初めてですか？		☐ はい ☐ いいえ（ 年 月頃）	
兵庫医科大学 梅田健康医学クリニックを受診されたことはありますか？		☐ はい（ 年 月頃） ☐ いいえ	
仕事中のケガ等による受診ですか？ ※はいの場合は勤務先、連絡先をご記入ください		☐ はい 勤務先名（ ） 連絡先（ ） ☐ いいえ	
交通事故による受診ですか？		☐ はい ☐ いいえ	
◎受診を希望する科に「○」印を ご記入ください。			
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	
IBD	リハビリテーション科	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

有 ・ 無 ・ 再

【特記事項】