

受付番号

# 【受診申込書】

カルテNo.

—

◎申込時、マイナンバーカード・資格確認書・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？	<input type="checkbox"/> はい (画像データ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> いいえ		
当院の受診は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( 年 月頃)		
本日はマイナンバーカードをお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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？	<input type="checkbox"/> はい ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ		
仕事中のケガ等による受診ですか？ <small>※はいの場合は勤務先、連絡先をご記入ください</small>	<input type="checkbox"/> はい 勤務先名 ( ) 連絡先 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ		
交通事故による受診ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

◎受診を希望する科に「○」印を ご記入ください。

<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科・生殖センター
<input type="checkbox"/> 消化器内科(消化管)	<input type="checkbox"/> 上部消化管外科	<input type="checkbox"/> 精神科神経科
<input type="checkbox"/> 消化器内科(肝・胆・膵)	<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"/> アレルギー・リウマチ内科	<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"/> 脳神経内科	<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"/> IBD	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<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

有・無・再

【特記事項】