

## ◆診察申込書◆

(Registration Form)

初診受付番号

受付日 年 月 日

受付時間 時 分

ID

カルテNo.

■太枠の中をお書き下さい。

受診科の上部空欄に○印をつけて下さい。

内 科	心 臓 血 管 診 療 部	血 液 浄 化 部	小 児 科	新 生 児 科	外 科	乳 腺 診 療 部	整 形 外 科	形 成 外 科	脳 神 経 外 科	心 臓 血 管 外 科	呼 吸 器 外 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	骨 盤 底 機 能 科	産 婦 人 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	放 射 線 科	歯 科 口 腔 外 科	救 急 医 療 科	精 神 科	検 査 科	リ ハ ビ リ ン	ペ イ ン	て ん か ん セ ン タ ー
01	24	02	03	21	04	25	05	06	07	08	26	09	10	27	11	12	13	14	30	17	18	22	19	29	36

\*紹介状をお持ちでない方は選定療養費として7,700円(税込)ご負担いただきます

当院を受診されるのは初めてですか? Is this your first visit? はい(Yes) / いいえ(No)	★他院からの紹介状はお持ちですか? はい(Yes) / いいえ(No) Do you have a letter of reference? はいの場合:画像データ(フィルム or CD-R)
---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

★患者さんご本人は来院されていますか?(他医療機関へご入院中の場合はお知らせください) Are you the actual patient? / If no, is the patient with you today? はい(Yes) / いいえ(No)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

★本日の受診は? <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 交通事故(自賠責・保険適用) <input type="checkbox"/> 医療相談(自費) *窓口にお申し出下さい。 <input type="checkbox"/> 業務中の疾病(労災・公災)【当院が最初の病院ですか?(はい・いいえ)】
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

氏名(フリガナ) (name)	男	旧姓	本籍	国籍 NATIONALITY
	殿	女		

生年月日(Date of birth) 大正・昭和・平成・令和・西暦	年	月	日	年齢 Age ( )才
------------------------------------	---	---	---	----------------

住所(address)(フリガナ) 〒 -
--------------------------

\*必要時に病院から連絡してもよい番号をご記入ください

連絡先	続柄( )
電話番号 TEL ( )	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外:氏名( )
連絡先	続柄( )
電話番号 TEL ( )	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外:氏名( )

勤務先(名称) (office)
電話番号 TEL ( ) (内線)

紹介元(名称)(Introduction former hospital)
---------------------------------------

住所(address) 〒 -
--------------------

電話番号 TEL ( )
--------------

\*当センターでは医療事故防止及び安全確保の観点よりお名前の呼び出しをさせて頂いております。

\*氏名の呼び出し等で不都合のある方については窓口にお申し出ください。

\*当センターでは個人情報の利用目的については院内に掲示しその目的以外では利用いたしません。