

【診察申込書】

受診年月日： 年 月 日

- こちらの申込書は、当院に初めておかけの方のみご記入ください。
- 当院受診が初めてまたは6ヶ月以上受診がない患者さんには、他の医療機関からの紹介状をお持ちでない場合、保険外併用療養費として11,000円（消費税込み）をご負担いただきます。 同意する ☐

受診科の左側の空欄に○印をつけてください

☐	総合診療科	☐	脳神経内科	☐	整形外科・スポーツ診療科	☐	麻酔科・ペインクリニック
☐	循環器内科	☐	小児科・思春期科	☐	脊椎脊髄センター	☐	リハビリテーション科
☐	消化器内科	☐	小児外科・小児泌尿生殖器外科	☐	形成外科	☐	救急科
☐	呼吸器内科	☐	食道・胃外科	☐	皮膚科	☐	睡眠・呼吸障害センター
☐	腎・高血圧内科	☐	大腸・肛門外科	☐	泌尿器科	☐	足の疾患センター
☐	膠原病・リウマチ内科	☐	肝・胆・膵外科	☐	眼科	☐	歯科口腔外科
☐	血液内科	☐	乳腺科	☐	耳鼻咽喉・頭頸科	☐	難病医療支援外来(完全予約制)
☐	糖尿病・内分泌内科	☐	心臓血管外科	☐	放射線科	☐	PRP外来(完全予約制)
☐	腫瘍内科	☐	呼吸器外科	☐	産科	☐	
☐	メンタルクリニック	☐	脳神経外科	☐	婦人科	☐	

★ 他病院からの紹介状または健康診断等の結果はお持ちですか？ は い ・ いいえ
※はいの場合：画像データ（CD-R）持参（あり☐・なし☐）

★ 診察の予約はありますか？ は い 時間（ : ） ・ いいえ
医師名（ ）

★ 患者さんご本人は、来院されてますか？（他医療機関にご入院中の場合は係員までお申し出ください。） は い ・ いいえ

★ 本日の受診は？

- ☐ 診 察
- ☐ 仕事中的ケガ等【(労災・公災)当院が最初の病院ですか？(はい・いいえ)】 ☐ 交通事故（自賠償・保険使用）
- ☐ 健康診断（自費） ☐ 予防接種（自費） ☐ セカンドオピニオン（自費）

受診者氏名 Name/ of Patient	(フリガナ)		性 別 Sex	
	(姓/Family Name) (名/First Name)		1 男 ・ 2 女 ※戸籍上の性別を選択してください。	
生年月日 Date of Birth	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 西暦 Y M D	年 月 日	年齢 歳	
現住所 Address (in Japan)	〒 - - - - - ※アパート・マンション・建物名、号までご記入ください。		国籍 Nationality	
	都道府県		☐ 日本国籍 ☐ 日本以外の国籍 () 国籍をご記入ください	
連絡先	日中ご連絡可能な番号をご記入ください。			
	自宅 (Phone)	-	-	所有者・続柄等
	携帯 (Mobile)	-	-	()
	勤務先 (Office)	-	-	
	メールアドレス (Mail)			

登 録	確 認

当院においての個人情報の利用目的については、院内に掲示しその利用目的以外では利用いたしません。

----- 病 院 使 用 欄 -----

※登録番号