

初診申込書

- 紹介状、フィルム、データCDをお持ちの方は、受付窓口へお出しください。
- 申込書を記入のうえ、保険証、またはマイナンバーカードと一緒に受付窓口へ提出してください。
- 当院では、個人情報保護法に基づき、情報の保全に努めております。詳細は掲示をご覧ください。

※ 太枠の中を記入してください

申込日		年	月	日
マイナンバーカードを利用されない方へ オンライン資格確認システムにて、患者さまの窓口負担限度額が確認できません。職員による情報取得を希望しない場合には○をつけてください			希望しない	
フリガナ				性別
患者氏名				男・女
生年月日	年	月	日	生 歳
現在の住所	〒 ー			
緊急連絡先 電話番号 ※緊急時にご連絡することがあります。必ずご記入ください。				
第1連絡先	自宅 () ー	続柄	<input type="checkbox"/> 本人	
	携帯 () ー		<input type="checkbox"/> () (氏名:)	
第2連絡先	自宅 () ー	続柄	(氏名:)	
	携帯 () ー			

※ 下記に該当する方は項目に○をしてください

1. 仕事中のケガ (通勤中も含む)	2. 交通事故
勤務先名称 ()	連絡先 () ー

※ ご希望の診療科に○をつけてください

消化器内科	脳神経内科	脳神経外科	循環器内科	呼吸器内科	内分泌内科	糖尿病・	婦人科	乳腺外科
備考								