

初診申込書

1. 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。
2. 紹介状をお持ちでない方は、選定療養費として 5,500 円（税込）の保険外負担がかかります。
3. この申込書を記入のうえ、保険証等と一緒に 受付窓口 へ提出してください。
4. 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。
 なお、事故防止や安全確保のため、受付や院内放送での呼び出しを、お名前でお呼びしております。

※ 太枠の中を記入してください

申込日		年 月 日	
お持ちの方は番号に○をつけてください			
1. 診療情報提供書 (かかりつけ医) 2. 健康診断結果	
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	〒 —		
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 () —	続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	携帯 () —		<input type="checkbox"/> () (氏名:)
第 2 連絡先	自宅 () —	続柄	(氏名:)
	携帯 () —		

※ 下記に該当する方は項目に○をしてください

1. 工作中的のケガ (通勤中も含む)	2. 交通事故
勤務先名称 ()	連絡先 () —

※ ご希望の診療科に印をつけてください

形成外科	消化器科	整形外科	泌尿器科	脳神経外科	循環器科	呼吸器科	外科 乳 腺 肛 門	脳神経内科	内 分 泌 科 糖 尿 病 ・	放射線科
備考										

KH191001-rev.T-HY