✿✿✿

初 診 申 込 書

【 記入上の注意 】

1. 太線の中に記入してください（FAX診療申込書・予約確認票をお持ちの方は記入不要です）
2. マイナ保険証で保険確認を行う方は、その旨、窓口の者にお伝えください
3. マイナ保険証以外の保険証（公費受給者証・限度額認定証など）、紹介状等を添えて、①番初診受付窓口に提出してください

↓太線の中を記入してください

科コード

受診年月日	令和　　年　　月　　日	ＩＤ番号	-
フリガナ		性　別	生　年　月　日
患者名		男・女	大正　平成　　年　月　日 昭和　令和　　（満　　歳）
現住所及び連絡先	〒　　－ 携帯電話（　　－　　－　　）　固定電話（　　－　　－　　）		
《必須》緊急連絡先	患者以外で緊急時に連絡可能な方の情報をご記入ください 氏名　　フリガナ　　続柄・患者との関係（　　） 住所（患者住所と同じ場合はこちらにチェック　→　□ 〒　　－ 携帯電話（　　－　　－　　）　固定電話（　　－　　－　　）		
患者が18歳未満の場合は緊急連絡先の方以外にもう1名記載してください《必須》	患者が１８歳未満の場合は、保護者の方の情報をご記入ください 氏名　　フリガナ　　続柄・患者との関係（　　） 住所（患者住所と同じ場合はこちらにチェック　→　□ 〒　　－ 携帯電話（　　－　　－　　）　固定電話（　　－　　－　　）		

⬇ 下記についてお答えください。

1．本院を受診されるのは**初めて**ですか？　（ はい ・ いいえ ）

2．他の病院や診療科からの**紹介状**は、お持ちですか？　（ はい ・ いいえ ）・・・いいえと答えた方は↓お読みください

初診時にかかりつけ医からの紹介状(診療情報提供書)のない方は、初診料の他に「初診時の特別料金」として、**医科7,700円・歯科5,500円を自己負担**していただきます　（ただし、紹介状がないと受診できない診療科もありますのでおたずねください）

上記について同意し、受診を申し込みます。　（署名）　　（続柄）

3．**仕事中・通勤中のケガ（労災・公災→健康保険使用不可）**で受診されますか？　（ はい ・ いいえ ）

はい　と答えた方は、新患手続き後に会社等で作成する労災関係書類を⑦番窓口に提出してください

（会社名　　担当者　　TEL　　－　　－　　）

4．**交通事故のケガ**の治療で受診されますか？　（ はい ・ いいえ ）

はい　と答えた方は右の質問に回答願います　（ 自損・第三者加害 ）　健康保険を（ 使用します・使用しません・未定 ）

保険会社名をお知らせください（保険会社名　　担当者　　TEL　　－　　－　　）

5．**他の病院へ入院中**ですか？　（ はい ・ いいえ ）　**はい　の場合**、病院名をお知らせください　→

6．**受診する診療科に○印をつけてください⬇**

消化器・血液・免疫内科	循環器・腎臓内科	呼吸器内科・感染症科	内分泌・糖尿病代謝内科	脳神経内科	腫瘍内科	神経科精神科	小児科	呼吸器・心臓血管外科	消化器・乳腺・甲状腺外科	整形外科	リハビリテーション科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科頭頸部外科	放射線治療科	放射線診断科	産科婦人科	麻酔科・集中治療科	脳神経外科	形成外科	小児外科	総合診療部	救急科	病理診断科	歯科口腔外科	総合患者支援センター
01	02	26	03	23	24	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	27	15	16	17	18	19	21	22	25	44	28

特記事項（紹介医療機関名等）

病　院　クリニック
医　院　診 療 所

□保険証預かり　　□マイナンバーカード(預かり不可) → □読込み済み