



診察申込書

受診年月日： 年 月 日

ID	
----	--

枠内をご記入ください

- 当院では初診時に他医療機関から紹介状を持参されず受診する場合、診療科毎に『初診時選定療養費』として7,700円（税込）をご負担いただきます。
- 当院に受診されていた方で、当院医師が他の病院・診療所等を紹介したにもかかわらず、ご自身の判断で引き続き当院を受診した場合、又は前回の来院日より4か月以内の来院であるが当院で初めて受診する診療科の場合『再診時選定療養費』として3,300円（税込）をご負担いただきます。
- 適正な保険診療と保険請求を行う為に、保険証の情報を診療録に保存させていただきます。

以上の事に同意します。 署名 _____

循環器内科	消化器内科	腎臓内科	脳神経内科	呼吸器内科	膠原病・リウマチ科	糖尿病・代謝・内分泌科	小児科	外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	産婦人科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	麻酔科	心臓血管外科	漢方外来	乳がんセンター
-------	-------	------	-------	-------	-----------	-------------	-----	----	-------	------	------	------	-----	------	----	-------	------	-----	--------	------	---------

本日の受診目的

- 診察 健康診断 予防接種（自費）
- 仕事中のケガ 通勤中のケガ 交通事故（自賠責・保険使用）

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	西暦 大・昭・平・令 年 月 日 (年齢 歳)
住所	〒 ー ー 都道 区市 府 県 町 村		
連絡先	自宅 ー ー	携帯	ー ー

事務記入欄

診療情報提供書 紹介状	有・無	他院CD-ROM	有・無
	S・B		
備考			