

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 | | | | | | | | |