

# 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 3,300 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	□ 本人	
	携帯 ( )	—		□ ( ) (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 肛 門 腺	脳神経内科	内分泌科・ 糖尿病	放射線科
備考										

KH191001-rev.T-HY