

診療申込書

受付申込 年 月 日

※他の医療機関等から医師の紹介状の持参なく受診される患者様は、「初診に係る特定療養費」として、別途5,500円(税込)を申し受けます。

カルテ 番号															・正確に太線の枠内をご記入下さい。 ・ご記入後、必ず③番窓口に提出して下さい。		
フリガナ															性別	特定療養費確認 () 保OK・保忘れ(自費・預り金) 保未加入・保手続き中 紹介状・CD・結果 ID(忘れ・再発行(¥)) 連携・他科予約あり・英問 氏名変更 → 住所変更 生保・労災予定・自賠 (社名:) (担当:) (TEL:)	
(Name) 氏名															男 ・ 女		
(Date Of Birth) 生年月日	大	昭	平	令	年	(Y)	(M)	(D)	日	(才)							
(Adress) 住所	〒 都 道 府 県																
(Phone No) 電話番号	() -																
受診科	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	16	19	
	外	内	小	皮	泌	婦	眼	耳	整	健	腎	循	呼	脳	消	脳	
	科	科	児	膚	尿	人	科	鼻	形	診	内	内	内	内	内	外	
備考欄															登録者	確認者	
(救急車 ・ TEL済 ・ 直来)																	