

診 察 申 込 書

下記の必要事項のご記入が終わりましたら、最後の <保険外負担に関して> を読んだあと、保険証とともに初診受付へご提出下さい。

当院の個人情報保護法に関する取り組みにつきましては、エントランスホールの掲示物等でご確認ください。
ご不明な点がございましたら、受付窓口にてお尋ね下さい。

申込日:平成 年 月 日 (該当する番号を で囲んで下さい。)

当院にて受診されたことがありますか？	1.ない	2.ある (年 月頃)
紹介状の有無	1.あり	2.なし

ふりがな	姓	名	性別	男・女
氏名			被保険者又は世帯主との続柄 ()	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 満 歳
住所				
電話			携 帯 (緊急連絡先)	
勤務先名			勤務先電話	
所在地				
備 考 (帰省先等)				

交通事故でのケガですか？	1.はい	2.いいえ
仕事でのケガですか？	1.はい	2.いいえ
“はい”の方は、勤務先名、勤務先電話及び所在地を必ず、ご記入ください。		

健康診断をご希望ですか？	1.はい	2.いいえ												
ご希望診療科	眼科	耳鼻咽喉科	小児科	産婦人科	泌尿器科	循環器科	内科	皮膚科	肛門科	形成外科	外科	整形外科	脳神経外科	心臓血管外科
を記入														

<u><保険外負担(選定療養)に関して></u> ~保険一部負担金とは別に負担していただく療養費~		
初診時	他の医療機関からの紹介状のない方	840 円
診療時間以外	休日・時間外(6:00~8:00・17:30~22:00)	1,470 円
	深夜(22:00~6:00)	3,150 円
詳しくは受付窓口にお尋ねになるか院内掲示をご覧ください。		