

診 療 申 込 書

年 月 日

* 申込者記入欄

1 当院で、今まで一度でも受診されたことがありますか。

・ あ る (年 月頃まで) ・ な い

2 今回、受診希望の診療科は何科ですか。

・ 内 科 ・ 脳神経内科(予約のみ) ・ リハビリテーション科

・ 整形外科(予約のみ) ・ リウマチ科(予約のみ) ・ 泌尿器科 ・ スポーツ(整形 ・ 内科)

・ 小児科 (整形 ・ 睡眠障害) ・ 放射線科

3 本日、紹介状をお持ちですか。

※紹介状がない場合は診察料と別に加算(2,600円)をお支払いいただく場合があります。

・ あ る (医療機関名:) ・ な い

4 本日、他院からのCD-Rをお持ちですか。

・ あ る (・要返却 ・返却不要) ・ な い

5 本日、お薬手帳をお持ちですか。

・ あ る ・ な い

6 ご本人様についてお尋ねします。

①本日、ご本人様は来られていますか ・ は い ・ いいえ

②現在、ご本人様は他院に ・ 入院していない ・ 入院している(医療機関名:)

7 本日の受診についてお尋ねします。

・ 交通事故によるもの ・ 労災によるもの ・ どちらでもない

フリガナ		M 男 F 女	年 月 日生
Name			大正・昭和・平成・令和 (満 歳)
氏 名			
Address	〒 — 郵便番号は必ず記入してください。		
住 所			
Present address	〒 — 郵便番号は必ず記入してください。		
現 住 所			
Telephone	Home	Mobile	
電 話	自宅	携帯	
emergency contact	Name	Relationship	
緊急時連絡先	氏名	本人との関係	
	電話 (Telephone)		

※住民票と住所が異なる場合は実際の住所を現住所欄に記入してください。

* 病院記入欄

ID 番号	
備 考	

※この診療申込書の個人情報は、診察目的以外には使用しません。