診察申込書

0	9							

受付番号	
年　月　日	

●太枠内をご記入ください。

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者様氏名 ※未成年の場合は保護者名も連名	（保護者氏名）	勤務先名	
生年月日	(大)・(昭)・(平)・(令) （西暦）　年　月　日		TEL （　）
現住所	（〒　－　）		
電話番号	（自宅）　（　）　（携帯）　（　）		
緊急連絡先	（氏名・続柄）　様・（　）　（電話）　（　）		
紹介状	有 ・ 無	予約	有 ・ 無　（　）科

●下記に該当する場合にチェックしてください。

□ 労災（仕事中または通勤途中）　□ 交通事故（第三者・自損）　□ 予防接種（　）

●受診する診療科に○を記入してください。

内科	循環器科	消化器科	腎・代謝科	呼吸器科	血液科	膠原病リウマチ科	小児科	外科	整形外科	眼科	産科	婦人科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	形成外科	美容外科	脳神経外科	精神科	放射線科	麻酔科	セカンドオピニオン

◎診察申込書、紹介状、健康保険証、各種医療証を一緒に受付窓口にお出しください。

初診時問診票

下記の質問事項にご記入お願いいたします。

1．他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

□はい　□いいえ

2．現在、他の医療機関に通院していますか

（医療機関名：　）

3．この１年間で健診（特定健診及び高齢者検診）を受診しましたか

□はい　□いいえ

4．現在、妊娠中又は授乳中ですか

□はい（妊娠週数:　）　□いいえ

マイナンバーカードによる利用について

当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。