

診療申込書

31	51	33	41	32	52	04	04	34	35	37	38	02	42	06	07	08	09	10	10	11	12	13	14	16	18	19	
循環器センター	心臓血管外科	消化器センター	消化器外科	呼吸器センター	呼吸器外科	脳卒中センター	脳神経外科	腎臓内科	代謝内分泌内科	膠原病内科	血液内科	小児科	乳腺外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	産科	婦人科	眼科	歯科 口腔外科	麻酔科	放射線科	精神神経科 ※要予約	形成外科	救急科	健康診断

フリガナ			男・女
氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月		(歳)
住所	〒		
電話	自宅		携帯
	その他連絡先番号		

※ 保険証の写しをいただいておりますが、一定期間保管後責任を持って破棄いたします。
 ※ 氏名の呼び出し等で不都合のある方は総合受付にお申し出ください。
 ※ 当院では個人情報の利用目的については院内に掲示してある目的以外では利用しません。

◎ 他の医療機関の紹介状をお持ちです

<input type="checkbox"/> はい	→	病院・クリニック 医院・診療所 市 区
<input type="checkbox"/> いいえ	→	初診料とは別に選定療養費として 5,400円(税込)をいただくことがあり

◇ 職員記入欄

※選定療養費	あり・なし
※健診・自費診療	
乳がん検診	交通事故
ガン相談	第三者行為
横浜市健康診査	
<input type="checkbox"/> 生活保護	(市・区 担当:)
<input type="checkbox"/> 労災・通勤労災	(勤務先:)
TEL:	

◎ 介護老人保健施設に入所中、または他の医療機関に入院中ですか

(病院名・施設名)	
<input type="checkbox"/> はい	→

◎ 当院に受診したことがありますか。

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------

救急搬送

受付者	登録者	確認者
-----	-----	-----

受付時間 時 :