

診療申込書

31	51	33	41	32	52	04	04	34	35	36	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	一般内 科	膠原病 内科	血液内 科	小児 科	乳がん 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	形成外 科	救急 科	健康診 断

フリガナ			
氏名			男 ・ 女
生年月日	大 昭 平	年 月 日	(歳)
住所	〒 -		
電話	自宅		携帯
	緊急連絡先	(続柄:)	

※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。

◎ 医療機関の紹介状をお持ちですか。

※選定療養費 あり・なし

はい → 病院・クリニック
 医院・診療所
 市 区

いいえ → 初診料とは別に選定療養費
 5,400円(税込)を頂く場合があります。

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

◎ 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)
 はい →

生活保護
 (市・区 担当:)

◎ 当院に受診したことがありますか。

はい ・ いいえ

労災・通勤労災
 (勤務先:)
 (TEL:)

救急搬送

受付者		登録者		確認者	
-----	--	-----	--	-----	--

受付時間 時 分

横浜栄共済病院