

# 【診療申込書】〔初診〕〔科新〕〔再来〕

太枠の部分にご記入ください

○年 ○月 ○日

※ 医療センター(国分町)を受診されたことはありますか?  はい ・ いいえ

受診区分(○印記入) ・ 一般

交通事故・医師カウンセリング  
労災・セカンドオピニオン外来

ID 9 9 9 9 9 9 9 9 9 - 9

連仮・仮ID  
予・C・無

フリガナ	クルメ タロウ	性別	生年月日
患者氏名	<b>久留米 太郎</b>	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	T H <input checked="" type="radio"/> S R 50年 1月 5日 (45歳)
〒	8 3 0 - 0 0 1 1		
フリガナ	フクオカ クルメ アサヒ		
現住所	<b>福岡 県 久留米市・郡 旭 区・町・村 67</b>		(アパート・マンション)

※ 連絡先は2つご記入ください(本人以外の連絡先は氏名・続柄もご記入ください)

住変

連絡先1	( 0942 ) 31 - 7603	<input checked="" type="radio"/> 本人 ・ ( 続柄: )
連絡先2	( 090 ) 1111 - 0000	本人 ・ ( <b>久留米 花子</b> 続柄: <b>妻</b> )

① 本日の受診希望の方(患者さん本人)は、来院されていますか?  はい ・ いいえ

② 本日、紹介状はお持ちですか?  はい ・ いいえ (院内・健診・郵送済・FAX 済)

●「はい」の方は下記欄に紹介元の医療機関についてご記入ください。

病院名・施設名	<b>旭病院</b>	電話番号	<b>092-000-0000</b>
---------	------------	------	---------------------

●「いいえ」の方は下記に同意をお願いします。

外来受診を受けるにあたり、他病院からの紹介状を持参しておりません。  
ついては、自己負担分として「選定療養費」7,700円(税込)を支払うことに同意いたします。

署名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_

選定療養費

済

③ 現在、他医療機関にご入院中ですか?  はい ・ いいえ

●「はい」の方は下記欄にご入院中の医療機関についてご記入ください。

病院名・施設名	<b>上に同じ</b>	電話番号	<b>092-000-0000</b>
---------	-------------	------	---------------------

④ 本日の受診科に○を付けてください。

予約

07	08	09	<input checked="" type="radio"/> 10	11	12	12	13	14	15	16	18	19	21	25	31	32	33				
脳神経外科	産科	婦人科	耳鼻咽喉科	眼科	小児科	予(小児科)防接種	皮膚科	泌尿器科	精神神経科	整形外科	麻酔科	歯科口腔	医療センター	形成外科	顎顔面外科	緩和ケア	センター	内分泌代謝	糖尿病センター	脳神経内科	腎臓内科
34	35	36	37	38	39	40	41	50	51	52	54	55	56	57	59	68					
放射線科	血液内科	膠原病	一般内科	遺伝外来	心療内科	睡眠医療外来	もの忘れ外来	消化器病	循環器病	呼吸器病	乳一般外科	小児外科	肝がんセンター	海外旅行	ワクチン外来	がん集学	治療センター	感染制御科			

### ※ 診察券 再発行について ※

診察券を紛失・お忘れの場合は、費用110円(税込)をご負担いただきます。  
\*1年以上来院のない方で初診扱いとなる場合は、無料で再発行させていただきます。

上記内容より、診察券再発行料110円(税込)を支払うことに同意します。 署名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_

ID再発行 ( 要コメント・差替・氏名変更 )  
担当コピー済 ( 他院・事故・労災 )  
\$12(福祉連絡済・未(依頼済)・担当繫)

保険証: \_\_\_\_\_ 年 / \_\_\_\_\_ 確認スミ

渡:	応対:	登録:	確認1
			確認2