

初・以・再

診療申込書

-

-

※ ご記入いただきましたら、保険証・マイナ保険証や各種受給者証(こども医療費受給者証など)を添えて、新患受付にご提出ください。
なお、紹介状をお持ちの方は、一緒にご提出ください。

赤枠内にご記入ください

申込日 年 月 日

本日は紹介状をお持ちですか		はい・いいえ		※紹介状をお持ちでない患者さんには通常の初診料とは別に特別初診料として医科7,700円(税込)、歯科5,500円(税込)をお支払いいただいております。	
特別初診料についてご了承頂けましたか		☐ 了承しました	署名欄		
フリガナ				性 別	
氏 名				男・女・他	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日				
住 所	〒 - (アパート・マンション名までご記入ください)				
備 考	(帰省先又は連絡先住所があればご記入ください)				
電話番号	(自 宅)				
	(携帯電話)				
緊急連絡先(氏名)		患者との続柄()	電話	()	
本人勤務先			電話	()	

※ 患者さんの個人情報、富士市立中央病院個人情報保護方針に基づき適正に取り扱います。

確 認

受診される科に○印をご記入ください。					
01	内 科	07	産 婦 人 科	12	泌 尿 器 科 (女性外来)
02	小 児 科	07	婦 人 科 (女性外来)	14	精神神経科
03	外 科	08	眼 科	15	循 環 器 科
03	外 科 (女性外来)	09	耳鼻咽喉科	17	高 齢 診 療 科
04	整 形 外 科	10	放射線治療科	18	リハビリテーション科
05	脳神経外科	11	形 成 外 科	19	放射線画像診断科
06	皮 膚 科	12	泌 尿 器 科	31	歯科口腔外科
おケガの場合にお尋ねします		職場または学校でのおケガですか 交通事故ですか		はい・いいえ はい・いいえ	

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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

※事務処理欄

限度額	保険変更	労災		受 付	
		自賠93			
	姓変更	生保		登 録	
		持参せず			
	TEL・住所変更	保険無し		確 認	
		在留カードなど			
受付	:	完了	:	11時以降外来確認済み	