

初・以・再

診療申込書

□	□	□	-	□	□	□	-	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---

※ ご記入いただきましたら、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、初診受付にご提出ください。
 なお、紹介状をお持ちの方は、ご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

フリガナ				性別
氏名				男・女・他
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
世帯主又は保護者名		世帯主又は保護者から見た続柄		
住所	〒 - (アパート・マンション名まで記入してください)			
電話番号 <small>優先順位順にご記入ください</small>	①	【自宅・携帯電話・その他()】		
	②	【自宅・携帯電話・その他()】		
勤務先		電話	()	
緊急連絡先(氏名)		患者との続柄()	電話	()
本日は紹介状をお持ちですか	※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7700円(税込)、歯科5500円(税込)をお支払いいただいております。 はい・いいえ			
特別初診料についてご了承頂けましたか	<input type="checkbox"/> 了承しました	署名欄		

受診される科に○印をご記入ください。

01	内科	10	放射線治療科
02	小児科	11	形成外科
03	外科	12	泌尿器科
03	外科(女性外来)	12	泌尿器科(女性外来)
04	整形外科	14	精神神経科
05	脳神経外科	15	循環器科
06	皮膚科	17	高齢診療科
07	産婦人科	18	リハビリテーション科
07	婦人科(女性外来)	19	放射線画像診断科
08	眼科	31	歯科口腔外科
09	耳鼻咽喉科		
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 はい・いいえ 交通事故ですか はい・いいえ	

※事務処理欄

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

※ 患者さんの個人情報は、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	