

# 診 療 申 込 書

カード	保険証
本・自・フ	自・
デジタイズ	保険証返却

- マイナ保険証・各種医療証・紹介状などとともに新患受付で手続きします。
- すでに他の科へかかったことがある方は診療券（プラスチックのカード）も一緒に提出してください。
- 交通事故・労災・公費で受診される方はお申し出ください。
- ご記入いただいた個人情報につきましては、診療にかかわる業務のほか、診療費用の支払が滞った場合などの連絡に利用することがあります。

※ 紹介状をお持ちでない方は、診療費とは別に初診時保険外併用療養費（選定療養）がかかります。

※ 受診科がご不明の場合は、診療相談窓口にてご相談ください。

太枠内のみ記入してください。

	年	月	日	紹介状の有無 ある・ない							他	初							
診察を受けたい科の番号に○をつけてください																			
01	02	04	05	06	07	07	08	09	11	12	13	14	15	16	17	18	19	41	42
女性総合外来	小児科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	神経精神科	脳神経内科	脳神経外科	麻酔科	リハビリテーション科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	口腔外科	腎臓内科	糖尿病
19	41	42	43	44	45	51	52	53	54	55	56	57	60	61	81	83	科	科	病
腫瘍内科	血液内科	リウマチ内科	形成外科	呼吸器外科	心臓血管外科	消化器外科	(IBD)科	炎症性腸疾患	乳腺外科	治療科	脳血管内科	放射線治療科	放射線診断科	救急診療科	緩和ケア内科	市民病院受診歴			
フリガナ										性別		生 年 月 日							
氏名										男 0		明1.大2.昭3 年 月 日							
										女 1		平4.令5.西暦 ( 歳)							
住所																市民病院受診歴			
																・ある			
本人連絡先電話番号																・ない			
市外局番 ( )																-			
その他連絡先電話番号																-			
市外局番 ( )																-			
氏名:																本人または続柄:			
過去1か月以内に海外への渡航歴はありますか？																ある・ない			
																入 力			
																変 更			
																・氏名 ・住所 ・電話			