**記入例**

# 診察申込書

申込日　2021　年　4　月　1　日

診察申込書を2番中央受付へ出して、前の椅子で掛けてお待ちください。

**太枠内を記入してください。**

| | |
|---|---|
| 当院（西・東市民を含む）を受診されたことがありますか。 | ☑ ある（ 2000　年 1 月頃 ）・ □ ない |
| 当院以外のかかりつけ医はありますか。 | ☑ ある（ 加古川クリニック ）・ □ ない |
| 本日の受診理由<br>（〇をつけてください。） | [✓ 1.] 他の医療機関からの紹介状持参　（医療機関名：　加古川クリニック　）<br>CD－Rなどの検査データはお持ちですか。　☑はい　・　□いいえ<br>2. 健康診断で「要精査」となった<br>3. その他 |

紹介状を持参されていない初診の患者さんへ

選定療養費（5，500円） を徴収されることに同意されますか。　□はい　・　□いいえ

※　歯科は（3，300円） となります。

選定療養費とは、国が定める基準に基づき、初診で紹介状を持参されずに来院された患者さんから頂く費用のことです

診察を受けられる診療科に〇をつけてください。（わからないときは受付にお尋ねください。）

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [✓ 総合内科] | 消化器内科 | 循環器内科 | 呼吸器内科 | 糖尿病・代謝内科 | 腫瘍・血液内科 | リウマチ・膠原病内科 | 腎臓内科 | 脳神経内科 | 小児科 | 乳腺外科 | 消化器外科 | 呼吸器外科 | 心臓血管外科 | |
| 小児外科 | 整形外科 | 形成外科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 皮膚科 | 産婦人科 | 泌尿器科 | 脳神経外科 | 放射線診断科 | 放射線治療科 | 精神神経科 | ※歯科口腔外科 | 救急科 | 健康診断 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | カコガワ　タロウ | 旧　姓 | 性　別 |
| 氏　名 | 加古川　太郎 | | [✓ 男] ・ 女 |
| 生年月日 | 1 明治　2 大正　3 昭和　[✓ 4] 平成　5 令和　　1 年　4 月　1 日（　30 歳） | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 住　所 | 〒111－1111<br>兵庫県加古川市加古川町1番地1 | | | |
| | 自宅電話 | 012 — 345 — 6789 | 携帯電話 | 012 — 3456 — 7890 |
| 緊急連絡先 | フリガナ<br>氏　名 | カコガワ　ハナコ<br>加古川　花子　　続柄（妻） | 電話番号 | 123 — 4567 — 8900 |

視覚障害（まったく見えない、見えにくい … ったく聞こえない、聞こえにくい）　□

**※事故の場合〇を入れてください** … ・ なし ）・ 仕事中 ・ 暴力

**※該当の場合、記入**

この診察申込書の個人情報は、診察目的以外には利用いたしません。

**加古川中央市民病院**

---

※以下病院記

認　案内　最終

:

**記　入　不　要**