

# 診察申込書

申込日 年 月 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。		<input type="checkbox"/> ある( 年 月頃) ・ <input type="checkbox"/> ない														
当院以外のかかりつけ医はありますか。		<input type="checkbox"/> ある( ) ・ <input type="checkbox"/> ない														
本日の受診理由 (○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: ) CD-Rなどの検査データはお持ちですか。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ 2. 健康診断で「要精査」となった 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。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 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○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	代謝内科 糖尿病・	血液腫瘍内科	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	循環器内科 小児		
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		旧 姓						性 別								
氏 名		男 ・ 女														
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日 ( 歳)															
住 所	〒															
	自宅電話	— —						携帯電話	— —							
緊急連絡先	フリガナ		続柄 ( )						電話番号	— —						
	氏 名															
視覚障害(まったく見えない、見えにくい) <input type="checkbox"/>					聴覚障害(まったく聞こえない、聞こえにくい) <input type="checkbox"/>											
※事故の場合○を入れてください 交通事故(相手あり・なし) ・ 工作中 ・ 暴力																

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

※以下病院記入欄

看護師確認

カルテ番号						

受付	登録	確認	案内	最終
:	:	:	:	