

他の医療機関等からの紹介状をお持ちでない初診の方には保険の一部負担金とは別に選定療養費として2,200円(税込)の費用がかかります。(生活保護法医療券等の公費医療(都道府県除く)を受けておられる方、救急受診の方を除く。)

受付時間 : _____

診 察 申 込 書

受付番号

記 入	入 力
-----	-----

患者番号	_____
------	-------

紹介(あり・なし)

受付日

フリガナ	男1	生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和
氏 名	女2	年 月 日生 才					
住 所	〒 _____ *団地名、号室、何々方、寮名等詳しく記入して下さい						
電話番号	自宅Tel (_____) _____		携帯Tel (_____) _____		_____		
受診科	内科	外科	整形外科	耳鼻咽喉科	眼科	泌尿器科	皮膚科
コード	8	10	11	15	20	33	35

- * 保険情報を確認する目的で、病院からオンラインで限度額情報を含む資格確認を行う場合があります。同意いただけない場合は窓口でその旨お申し出下さい。
- * 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、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

他の医療機関等からの紹介状をお持ちでない初診の方には保険の一部負担金とは別に選定療養費として2,200円(税込)の費用がかかります。(生活保護法医療券等の公費医療(都道府県除く)を受けておられる方、救急受診の方を除く。)

受付時間 : _____

診 察 申 込 書

受付番号

記 入	入 力
-----	-----

患者番号	_____
------	-------

紹介(あり・なし)

受付日

フリガナ	男1	生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和
氏 名	女2	年 月 日生 才					
住 所	〒 _____ *団地名、号室、何々方、寮名等詳しく記入して下さい						
電話番号	自宅Tel (_____) _____		携帯Tel (_____) _____		_____		
受診科	内科	外科	整形外科	耳鼻咽喉科	眼科	泌尿器科	皮膚科
コード	8	10	11	15	20	33	35

- * 保険情報を確認する目的で、病院からオンラインで限度額情報を含む資格確認を行う場合があります。同意いただけない場合は窓口でその旨お申し出下さい。
- * 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、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

太 枠 内 を ご 記 入 下 さ い

太 枠 内 を ご 記 入 下 さ い