

# 診療申込書

\* 記入のうえ、**保険証**を添えて新患受付にご提出ください。

申込年月日	年 月 日	紹介状の無い初診の方は保険外併用療養費 (¥7,700)を徴収させていただきます。
-------	-------	--

\* 該当するものを、○で囲んでください。

確認事項	① 紹介状を持っての来院ですか？	1. はい	2. いいえ
	② かかりつけ医はありますか？ ※ かかりつけ医がある方はその医療機関名を教えてください。 ( )	1. はい	2. いいえ
	③ 健康診断結果表を持っての来院ですか？	1. はい	2. いいえ
	④ 仕事上のけがですか？	1. はい	2. いいえ
	⑤ 交通事故ですか？ ※ (交通事故の場合は別紙同意書も記入して下さい)	1. はい	2. いいえ
	⑥ 農協組合員ですか？	1. 組合員本人 2. 組合員家族 3. 准組合本人 4. 准組合員家族 5. 分からない 6. 組合員ではない (JA貯金・共済の利用者等)	

\* 受診を希望される科を選んで、○を囲んでください。

1階	Aブロック	内科			
	Bブロック	外科	整形外科	呼吸器外科	心臓血管外科
2階	Cブロック	産婦人科	耳鼻咽喉科		
	Dブロック	小児科	小児外科	皮膚科	泌尿器科
	Eブロック	歯科口腔外科	眼科		

フリガナ			生年月日	
受診者名	男・女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	歳
現住所	〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]		<アパート・マンション名>	
	電話 ( ) - ( )	携帯電話 ( )	本人・続柄 ( )	
緊急連絡先	氏名: 続柄 ( ) 電話 ( ) - ( )	勤務先	会社名: 電話 ( ) - ( )	

※ 病院の控えとして保険証のコピーをとらせていただきますので、ご了承ください

二度見	三度見