

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 (¥11,000)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仕事中のけがですか？	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
		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
		形成外科	脳神経外科	麻酔科	放射線科
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()	勤務先	会社名:
	電話 () - ()		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