

# 診 療 申 込 書

・受診される診療科にチェックをつけてください。

- |                                 |                                |                                    |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科  | <input type="checkbox"/> 頭頸科   | <input type="checkbox"/> 神経内科(予約制) |
| <input type="checkbox"/> 循環器内科  | <input type="checkbox"/> 皮膚科   | <input type="checkbox"/> 形成外科(予約制) |
| <input type="checkbox"/> 消化器内科  | <input type="checkbox"/> 整形外科  | <input type="checkbox"/> 婦人科(予約制)  |
| <input type="checkbox"/> 放射線治療科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科  | <input type="checkbox"/> ペインクリニック  |
| <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 | <input type="checkbox"/> 乳腺外科      |
| <input type="checkbox"/> 消化器外科  |                                |                                    |

・当院を受診されるきっかけとなったものをお聞かせください。

- 医療機関の紹介、ご家族・知人、当院ホームページ  
雑誌、テレビ、病院から近い、その他( )

・太枠内をご記入ください。

フリガナ			
氏 名			男
			女
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	生・満 才
住 所	〒		
電 話	①	—	—
	②	—	—

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いたします。  
 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1.6点 加算2.2点(マイナ保険証を利用した場合)

患者番号

受付月日 年 月 日 時 分

紹介病院	救急隊	入院