

診療申込書

(初めて来院された方の申込書です)

救急車

あり(時 分)

○紹介状のない方は適定療養費をご負担いただきます。

○赤枠内を記入して下さい。

○既に診察券をお持ちの方は、別な診療料を新たに受診される場合であっても記載不要です。

紹介状	<input type="checkbox"/>	あり	医療機関名(紹介元)	病院 医院 クリニック
	<input type="checkbox"/>	なし		
CD-ROM	<input type="checkbox"/>	あり	電話	
	<input type="checkbox"/>	なし		

患者番号	— —		申込日	平成 年 月 日		
フリガナ			男・女	疾病の原因	業務上・業務外・交通事故・労災・公災 通勤災害・下船後3ヶ月以内	
氏名					職業	なし 1.会社員 2.自営業 3.その他
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日()才	被保険者 (世帯主)		(被保険者からみた)続柄	
住所	〒 —		電話(自宅) (携帯)			
勤務先 又は 連絡先	名称	電話				
	所在地					
緊急連絡先	氏名	電話				
	(続柄)					

受診科 受診する科の□(空欄)に☑して下さい

内 科	<input type="checkbox"/>	循環器内科	41	外 科	<input type="checkbox"/>	心臓外科	53	<input type="checkbox"/>	皮膚科	09
	<input type="checkbox"/>	腎臓内科	42		<input type="checkbox"/>	血管外科	54	<input type="checkbox"/>	腎泌尿器外科	10
	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	43		<input type="checkbox"/>	呼吸器外科	55	<input type="checkbox"/>	眼 科	11
	<input type="checkbox"/>	脳神経内科	44		<input type="checkbox"/>	乳腺外科	56	耳鼻科	耳鼻咽喉科	58
	<input type="checkbox"/>	糖尿病内科	45		<input type="checkbox"/>	小児外科	57		耳鼻科	59
	<input type="checkbox"/>	膠原病内科	46		産婦人科	消化器外科・移植外科	07	放射線科	放射線科(診断・IVR)	62
	<input type="checkbox"/>	内分泌内科	47	<input type="checkbox"/>		周産母子科(産科)	60		放射線科(治 療)	63
	<input type="checkbox"/>	消化器内科	48-49	麻酔科	<input type="checkbox"/>	女性医学科 (婦人科・生殖医学科)	61		放射線科(法 医学)	64
<input type="checkbox"/>	血液・腫瘍内科	50	<input type="checkbox"/>		麻酔科蘇生科	05	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	16	
小児科	<input type="checkbox"/>	小児科・思春期科	51	<input type="checkbox"/>	ペインクリニック	06	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	17	
	<input type="checkbox"/>	新生児科	52	<input type="checkbox"/>	緩和ケア科	07	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科	17	
				<input type="checkbox"/>	精神科神経科	04	<input type="checkbox"/>	総合診療部	68	
				<input type="checkbox"/>	整形外科	08	<input type="checkbox"/>	リハビリテーション科	40	

D0	D2	D4	D5	J1	J2	J3	J4	K5	K6	K8	KB	KC	KD	KE	Z1	Z4	Z9	ZS	
労	通	公	ア	赤	保	会	保	乳	妊	肝	ド	予	心	尿	脳	保	納	課	志
災	勤	災	フ	者	険	社	険	一	一	炎	ナ	防	電	精	下	自	告	自	産
	労		タ	払	患	払	会	検	検		イ	種	回	核	費	知	費	保	

入力者	確認者