

診察申込書

恐れ入りますが、下記の太枠内について記入いただきますようお願いいたします。
 なお、ご不明な点がございましたら、初診受付担当者にお気軽にお尋ねください。

申込月日	年		月	日						
過去に当院に受診されたことがありますか？ (有 平成 年頃 / 無)										
希望の受診科に○印をしてください。										
内 科	小 児 科	外 科	整 形 外 科	形 成 外 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	放 射 線 科	麻 酔 科
※受診科のわからない場合はお尋ねください。										
受診内容 該当するところに○印をしてください。										
<input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 ※紹介状を初診受付にご提出ください。 <input type="checkbox"/> 一般の病気(調子が悪い等) <input type="checkbox"/> 工作中、通勤途中のケガ <input type="checkbox"/> 交通事故によるケガ <input type="checkbox"/> 自分で起こしたケガ <input type="checkbox"/> 健康診断、精密検査 <input type="checkbox"/> その他()										
フリガナ					男	生 年 月 日				
氏 名					女	(明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成)				
						年 月 日 (歳)				
住 所	〒 -									
電話番号	自宅 () -					携帯 () -				
勤務先名						電話番号 () -				

※当院では医療事故防止のため患者様のお名前を呼ばさせていただきます。あらかじめご了承ください。

※身障・ひとり親・乳児医療証などの公費(福祉)医療証をお持ちの方は、保険証と併せて提出してください。

※紹介状をお持ちでない場合、別途1.080円の料金が必要となりますのでご了承ください。

※保険証はコピーさせていただきますのでご了承ください。



大阪みなと中央病院

ID			
登録者		確認者	