

診療申込書兼変更届出書

				-			-	
--	--	--	--	---	--	--	---	--

新規 ・ 変更〔保険・住所・氏名〕

太枠内の記入をお願いします

記入日

年

月

日

*以前に当院を受診されたことがありますか？ はい ・ いいえ

*本日紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ

*受診希望診療科をご記入ください

科

科

フリガナ			性別	生年月日
患者氏名	姓	名	男・女	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日

日本以外の方のみ	国籍		使用言語	
----------	----	--	------	--

住所	〒				-					
	都・道					区・市				
	府・県					郡・村				
*アパート名・マンション名・部屋番号もご記入ください。										

電話	自宅	-	-
	携帯	-	-

連絡先	緊急連絡先	氏名		続柄
		住所		
		電話	-	
	入所施設等勤務先	名称及び担当者		
		住所		
		電話	-	

選定療養費のご案内	当院では、初診の患者さんで、紹介状をお持ちでない方、救急車来院でない方は、診療費とは別に選定療養費（7,700円）をお支払いいただくことになります。 【医科・歯科は各々費用をご負担いただきます。】 上記に同意します。 署名 _____
-----------	---

情報	本日の受診で該当するものがある場合は○印を付けてください 1. 交通事故での受傷 2. 工作中的の受傷 3. 他の病院に入院中
	マイナンバーカードをお持ちの方へ 1. 保険証として利用します。 2. 保険証として利用しません。

《職員記入欄》

受付	ID検索	➡Wチェック	登録	➡Wチェック	確認