

# 診療申込書

01	13	03	09	02	14	11	12	04	05	06	07	08	10	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27
循環器 センター	消化器 センター	呼吸器 センター	脳卒中 センター	腎臓 内科	代謝内 分泌内 科	膠原病 内科	血液内 科	小児科	乳腺外 科	整形外 科	皮膚科	泌尿器 科	耳鼻咽 喉科	産科	婦人科	眼科	歯科口 腔外科	麻酔科	放射線 診断科	放射線 治療科	精神神 経科 <small>※要予約</small>	形成外 科	救急科				

フリガナ																男・女	
氏名																	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日															( 歳)	
住所	〒																
電話	自宅					携帯											
	その他連絡先番号					(続柄)											

※ 資格確認書等の写しをいただいておりますが、一定期間保管後責任を持って破棄いたします。  
 ※ 氏名の呼び出し等で不都合のある方は総合受付にお申し出ください。  
 ※ 当院では個人情報の利用目的については院内に掲示してある目的以外では利用しません。

◎ 他の医療機関の紹介状・結果表をお持ちですか。

<input type="checkbox"/> はい	→	病院・クリニック 医院・診療所 市 区
<input type="checkbox"/> いいえ	→	初診料とは別に選定療養費として 7,700円(税込)をいただくことがあります。

◇ 職員記入欄

※選定療養費	あり・なし
※健診・自費診療	
乳がん検診	交通事故
がん相談	第三者行為
横浜市健康診査	予防接種
<input type="checkbox"/> 生活保護	( 市・区 担当: )
<input type="checkbox"/> 労災・通勤労災	( 勤務先: )
TEL:	

◎ 介護老人保健施設に入所中、または他の医療機関に入院中ですか。

(病院名・施設名)	
<input type="checkbox"/> はい	→

◎ 当院に受診したことがありますか。

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------------------------------

救急搬送

受付者	登録者	確認者
-----	-----	-----

受付時間 時 分

横浜栄共済病院