

記入例

診察申込書

年 月 日

ご記入の上、保険証と一緒に総合受付にご提出下さい。

今までに、当院で受診されたことがありますか	ある ・ ない
お仕事のおケガと関係がありますか	ある ・ ない
交通事故と関係がありますか	ある ・ ない
他院からの紹介状をお持ちですか	ある ・ ない
当院までの交通手段についてお伺い致します。 徒歩・自転車・車・タクシー・路線バス・病院シャトルバス・救急車	

ふりがな	おぎくぼ たろう	性別	男・女
氏名	荻窪 太郎		
生年月日	明治・大正 昭和・平成 ○○年××月△△日 (○×歳)		
住所	〒□□□-□□□□ 杉並区今川 3-1-24		
電話	自宅 03-3399-1101		
	携帯電話 090-0000-1111		

受診を希望される科に○をつけて下さい。(不明な場合は総合受付でご相談下さい)

<input checked="" type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 救急科
--	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	------------------------------

紹介状(診療情報提供書)をお持ちでない方は、初診時に選定療養費として 7,700 円(税込) のご負担をいただいております。

この度私は選定療養費について説明を受けましたので、上記料金を支払うことに同意します。

氏名: 荻窪 太郎

診察申込書

年 月 日

ご記入の上、保険証と一緒に総合受付にご提出下さい。

今までに、当院で受診されたことがありますか	ある ・ ない
お仕事のおケガと関係がありますか	ある ・ ない
交通事故と関係がありますか	ある ・ ない
他院からの紹介状をお持ちですか	ある ・ ない
当院までの交通手段についてお伺い致します。 徒歩・自転車・車・タクシー・路線バス・病院シャトルバス・救急車	

ふりがな			性別	男・女
氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	(歳)
住所	〒□□□□ー□□□□			
電話	自宅			
	携帯電話			

受診を希望される科に○をつけて下さい。(不明な場合は総合受付でご相談下さい)

内科	外科	整形外科	眼科	泌尿器科	循環器内科	皮膚科	小児科	産婦人科	脳神経外科	救急科
----	----	------	----	------	-------	-----	-----	------	-------	-----

紹介状（診療情報提供書）をお持ちでない方は、初診時に選定療養費として **7,700 円 (税込)** のご負担をいただいております。

この度私は選定療養費について説明を受けましたので、上記料金を支払うことに同意します。

氏名： _____