

# 【記入例】

マイナンバーカード → 該当するほうに○  
あり・なし

○年○月○日

## 診察申込書

ご記入の上、マイナンバーカードもしくは保険証と一緒に  
総合受付にご提出下さい。 該当するほうに○

今までに当院で受診された事がありますか	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

ふりがな	おぎくぼ たろう	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
氏名	荻窪 太郎		
生年月日	19○○年 ○月 ○日 (○歳)		
住所	〒 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> - <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="5"/> 杉並区今川3-1-24		
	建物名		
電話	自宅 03-3399-1101		
	携帯 090-0000-1111		

受診をされる科に○を付けて下さい。(不明な場合は総合受付でご相談下さい)

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

紹介状(診療情報提供書)をお持ちでない片は、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

マイナンバーカード → あり・なし

年 月 日

## 診察申込書

ご記入の上、マイナンバーカードもしくは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事がありますか	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

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳)		
住所	〒□□□-□□□□		
	建物名		
電話	自宅		
	携帯		

受診をされる科に○を付けて下さい。(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)をお持ちでない片は、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: \_\_\_\_\_