診　療　申　込　書

年　　月　　日

太枠内の氏名・性別・生年月日・住所・電話番号・緊急連絡先・続柄等、をご記入の上、保険証・医療証等・紹介状（お持ちの方）を添えて、初診受付にお申し込み下さい。
当センターにて受診歴のある方は申込書の記入は不要です。

※　申込書は一定期間保存するため、熱でインクが消えるペン(フリクションボール等)の使用はご遠慮ください。

本日紹介状をお持ちですか。
　は　い　・いいえ　　（医療機関名：　　）
ＣＤ－Ｒをお持ちですか。
　は　い　・いいえ

カルテ番号										初診時特定療養費
0	0	0								有　・　無

内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	腎臓内科	脳神経内科	血液内科	糖尿病内科	小児科	小児外科	外科	整形外科	脳神経外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	リハビリテーション科	放射線診断科	麻酔科	救急科
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

受診者	フリガナ：	性　別	生　年　月　日	年　齢
	氏　　名：	男 女	大正 平成 昭和 令和　　年　　月　　日	歳
	住所：〒　　―　　（都道府県／区市町）			
	自宅：　　―　　―　　携帯：　　―　　―			
緊急連絡先	氏　　名：　　続　柄　：			
	電話番号 ①　　②			

※備　　考	受付担当者	入力者	確認者

平成１７年４月に個人情報保護法が施行されました。当院においても「個人情報保護規程」を策定し、これに則り適正に個人情報を管理運営しております。内容につきましては病院入口の掲示又は受付の資料をご参照下さい。ご不明な点がございましたら受付担当者までお申し出下さい。

東　京　北　医　療　セ　ン　タ　ー