

# 診療申込書

## 記入例

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	小児科	整形外科	脳神経外科	心臓血管外科	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	放射線治療科	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

受診者	フリガナ：アカバネ タロウ	性別	生年月日	年齢
	氏名：赤羽 太郎	男	大正平成 昭和令和	10年 1月 1日
	住所：〒115-0053	東京都北赤羽台4-17-56		28 歳
	自宅：03-5963-3311	携帯：090-0000-0000		
緊急連絡先	氏名：赤羽 一郎	続柄：父		
	電話番号	① 03-5963-3312 (実家) ② 090-△△△△-△△△△ (父)		

※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