

診察申し込み用紙

受診日 年 月 日

登録ID

※職員記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ID作成者 保険登録者 確認者

--	--	--

※職員記入欄

受診を希望される方のお名前・生年月日・ご住所・連絡先をご記入ください。

以下の項目すべてに、必ずご記入ください。

フリガナ

氏名

性別 男性 ・ 女性

※○でお囲みください。

生年月日

大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)

現住所

〒

ご本人
電話番号

ご自宅

—

—

なし

携帯電話

—

—

なし

持参・申請されているものにチェックをお願いいたします。

- 保険証 医療証 特定疾患(指定難病証) 限度額認定証
 保険申請中 介護保険証(介護認定)

緊急連絡先をご記入ください。

医師・看護師より休診・代診の連絡や、緊急を要する際にご本人様に連絡がつかない場合、緊急連絡先にご連絡させていただくことがございます。ご了承いただき、ご記入をお願いいたします。

緊急連絡者

フリガナ

ご関係

氏名

連絡先
電話番号

■18歳未満の方は、必ず保護者の氏名・連絡先をご記入ください。

保護者名

連絡先

受診を希望する診療科の問診票もご記入いただき、受付までお持ちください。

※選定療養費として、紹介状をお持ちでない場合は初診時に『7,700円(税込)』、再診時に『3,300円(税込)』を申し受けます。予めご了承ください。

※紹介状を持参いただいた方は、保険証と一緒にお願いします。

※診療費の未払いについては正当な事由がない限り、法律事務所へ回収を依頼いたします。

※職員記入欄

独歩	救急車