

記入後は初診窓口へご提示下さい。

病児・病後児保育用

## 診察申込書

〈記入についての注意事項〉  
赤枠のみもれなく記入してください  
該当する項目を○印で囲んでください

内科											外科									
41	20	29	21	22	46	25	48	42	27	51	31	33	30	36	32	34				
総合	消化器	循環器	呼吸器	脳内	糖尿内分泌	腎臓	血液	腫瘍・血液	膠原病	リウマチ	感染症	食道胃腸	乳腺内分泌	肝胆膵	心臓血管	呼吸器外科	小児外科			
06	07	56	08	09	10	11	12	13	53	14	15	16	19	49	50	43	45	57		
脳外	整形	リハビリ	産婦人	耳鼻	眼科	精神神経	小児	放射線	放射線腫瘍	皮膚	泌尿器	麻酔	クリニック	ペイン	形成	美容外	歯口腔	漢方	遺伝子	緩和支援

<del>他病院からの紹介状</del>	有 <del>無</del>	<del>選定療養として11,000円をご負担いただきます。</del>
----------------------	-------------------	--------------------------------------

患者番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申込日	令和 年 月 日
フリガナ	
氏名	性別 男女
生年月日	<del>明治 大正 昭和</del> 平成 令和 年 月 日生 ( 歳)
住所	〒□□□ - □□□□
電話	自宅 ( ) - 携帯 ( ) - 連絡先 ( ) - [ 様方]

\*健康保険給付外診療

CD受付者	CD枚数	CD返却
	枚	要・不要

事故	生保	労災	自費

登録者	確認者