

初・以・再

診療申込書

□	□	□	-	□	□	□	-	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---

※ ご記入いただきましたら、保険証や各種受給者証を添えて、初診受付にご提出下さい。なお、紹介状をお持ちの方は、ご一緒にご提出下さい。

赤枠内にご記入ください

申込日 年 月 日

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
世帯主又は保護者名		世帯主又は保護者から見た続柄
住所	〒 - (アパート・マンション名まで記入してください)	
自宅の電話	()	
連絡先名		
連絡先の電話	()	
勤務先名		
勤務先の電話	()	
本日は紹介状をお持ちですか	はい・いいえ	※紹介状をお持ちでない患者さまには通常の初診料とは別に特定初診料として1050円をお支払いいただいております。

受診される科に○印をご記入ください。

01	内科	10	放射線科
02	小児科	11	形成外科
03	外科	12	泌尿器科
04	整形外科	13	麻酔科
05	脳神経外科	14	精神神経科
06	皮膚科	15	循環器科
07	産婦人科	16	神経内科
08	眼科	31	歯科口腔外科
09	耳鼻咽喉科		
おケガの場合にお尋ねします	職場または学校でのおケガですか	はい・いいえ	
	交通事故ですか	はい・いいえ	

※事務処理欄

保険変更	労災		受付	
	自賠93			
姓変更	生保		登録	
	持参せず			
TEL・住所変更	保険無し		確認	
	外国人登録証など			
受付	:	完了	:	11時以降外来確認済み

※ 患者さまの個人情報は、富士市立中央病院個人情報保護方針に基づきます。

富士市立中央病院