

初診(再来)申込書

患者番号 -

新規 住所変更 氏名変更

★初診の患者様へ★

他の医療機関からの紹介状をお持ちでない患者様は、特別初診料を各診療科 5,500円(歯科口腔外科を除く)、歯科口腔外科 3,300円をいただきます。(ご不明な点は受付までお尋ね下さい。)

了承しました

OL限度額提供同意 する しない

※太枠内を記入して下さい。

来院年月日 年 月 日

質問事項	(1) 1年以内に海外へ行かれたか？ <input type="checkbox"/> 行った → 質問(2)へ <input type="checkbox"/> 行っていない → 質問(4)へ																				
	(2) "行った"とお答えの方は、いつ帰国されましたか？ <input type="checkbox"/> 1か月以上前 <input type="checkbox"/> 2~4週間前 <input type="checkbox"/> 2週間前以内																				
	(3) 現在、熱・咳などの風邪のような症状がありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない																				
	(4) 以前この病院にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 以前かかったことがある方 → 診察券の再発行は必要ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																				
	(5) 紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい → 質問(8)へ <input type="checkbox"/> いいえ																				
	(6) 現在、お薬をもらっている清水区の病院はありますか？ <input type="checkbox"/> ある → 病院名 (例:〇〇医院、〇〇クリニック) <input type="checkbox"/> ない → 質問(8)へ []																				
	(7) その病院でもらっているのは何のお薬ですか？ お薬の名前もお答えください。 []																				
	(8) 該当する方は <input type="checkbox"/> で困ってください。 交通事故 ・ 仕事中、通勤中のけが																				
受診を希望する科 (番号を○で囲んでください)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	左記にない診療科 ←
	内科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	神経内科	腎臓内科	外科	乳腺外科	整形外科	耳鼻咽喉科	産婦人科	眼科	小児科	皮膚科	脳神経外科	泌尿器科	口腔外科	放射線治療科	放射線診断科	科	
フリガナ																			性別		
氏名	姓									名									0	1	
生年月日	大正 昭和				平成 令和				年				月				日生 (歳)				
現住所	〒 -																				
	電話 - - 携帯 - -																				

保険証預り

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

保険証受領サイン 保険証等

<input type="text"/>	<input type="text"/>	枚
----------------------	----------------------	---

登録	確認
<input type="text"/>	<input type="text"/>