

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料 7,700 円 (歯科口腔外科を除く)、歯科口腔外科 5,500 円をいただきます。(ご不明な点は受付までお尋ね下さい。)

OL 限度額提供同意 する ・ しない

了承しました

※太枠内を記入して下さい。

来院年月日 年 月 日

(1) 1 年以内に海外へ行かれたか？
☐ 行った → 質問(2)へ ☐ 行っていない

(2) "行った" とお答えの方は、いつ帰国されましたか？
☐ 1 か月以上前 ☐ 2～4 週間前 ☐ 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？
☐ ある ☐ ない

(4) 以前この病院にかかったことがありますか？
☐ はい ☐ いいえ ☐ 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？
☐ はい ☐ いいえ

(5) 紹介状はお持ちですか？
☐ はい → 質問(8)へ ☐ 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？
☐ ある → 病院名 (例：〇〇医院、〇〇クリニック) ☐ 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 ○ で囲んでください。 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
	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	左記にない診療科 ←

フリガナ																			性別	
氏名	姓										名								0 男	1 女
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	保険証受領サイン	保険証等	登録	確認
		枚		