診　療　申　込　書　（２年以内に受診された方はこの申込書の記入は不要です。）

健康保険証・マイナンバーカード・各種医療証・紹介状などとともに患者サポートセンターにお出しください。

紹介状	あり　・　なし

年　月　日
Ｃ　Ｄ　／　フィルム
あり　・　なし

現在、入院中の方はご記入ください。

※太線内のみご記入ください。

過去に当院を受診されたことはありますか　　あり　　なし	診察券番号　　－　　－
当院は高度急性期病院であり、症状が安定しましたら地域医療機関（クリニックなど）へご紹介しますので、あらかじめご同意願います。	**同意します**　□ ←チェック
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか（裏面もご参照ください）	**同意します**　□ ←チェック

フリガナ		性別		年齢	生年月日		
お名前 (Name)	様	男　M 女　F	0 1	歳	大 昭 平 令	2 3 4 5	年　月　日
郵便番号	□□□－□□□□						
ご住所 (Home)							
第1連絡先	電話(Phone Number)						
第2連絡先	名　称	（続柄：　）					
※	電話 (Other Phone Number)						

※第1連絡先以外で、ご自身の携帯電話、ご家族、親類、会社など連絡のとれる電話番号を必ずお書きください。

診療を受けたい科の記入欄に〇印をつけてください。（診療科ごとに初診受付日が決まっています）

記入欄	科コード	診療科名	
	14	**血液・リウマチ・感染症内科**	※1
	15	**呼吸器内科**	※1
	16	**循環器内科**	
	17	**腎臓・高血圧内科**	
	19	**内分泌・糖尿病内科**	※1
	54	**脳神経内科**	※1
	55	**脳卒中科**	※1
	18	**消化器内科**	※1
	20	**臨床腫瘍科**	※1
	58	**総合診療科**	※1※2
	22	**精神科**	※2
	53	**児童精神科**	※2
	21	**小児科**	※1
	34	**心臓血管外科**	
	37	**心臓・小児循環器**	※1
	27	**消化器・一般外科**	※1
	35	**消化器外科**	※1
	26	**呼吸器外科**	※1

記入欄	科コード	診療科名	
	28	**乳腺・甲状腺外科**	※1
	29	**乳腺外科**	※2
	41	**整形外科**	※1
	24	**皮膚科**	※1
	49	**泌尿器科**	※1
	48	**産婦人科**	※1
	44	**眼科**	※1
	45	**耳鼻いんこう科**	※1
	25	**放射線科**	※1
	46	**歯科・口腔外科・矯正歯科**	※1
	51	**麻酔科**	※1※2
	43	**脳神経外科**	※1
	42	**形成外科**	※1
	52	**リハビリテーション科**	※1
	90	**救急科**	
	59	**がんゲノム診断科**	※2
	57	**遺伝子診療科**	※1※2

ご記入漏れのないようお確かめください。

※１　紹介状が必要です。　※２予約制です。
※３　妊娠以外の場合、紹介状が必要です。