

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。

| | | | |
|--|-------------------------|-------------------|---------------------------------|
| | | 年 月 日 | |
| 紹介状 | あり ・ なし | 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。 | |
| | | | |
| 過去に当院を受診されたことはありますか | | あり | なし |
| 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）へご紹介いたしますので、あらかじめご同意願います。 | | 同意します | <input type="checkbox"/> ← 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 | <input type="checkbox"/> ← チェック |
| フリガナ | | 性 別 | 年 齢 |
| お名前 (Name) | | 男 M 0 女 F 1 | 大 2 昭 3 平 4 令 5 |
| 郵便番号 | | 歳 | 生 年 月 日 |
| 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お書きください。

診療を受けたい科の記入欄に○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 ※1※2 |
| | 53 | 児童精神科 ※1※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※2 |
| | 29 | 乳腺外科 ※1※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。