

申込年月日： 年 月 日



# 診療申込書

1. 当院における個人情報保護方針及び個人情報の利用目的をご確認の上、お申し込みください。
2. 下記の診療科の中で※印のある科は紹介外来制を実施しています。紹介状をご持参ください。



英語/English 中国語/簡体字

患者さま情報		フリガナ		性別	
患者氏名				男 ・ 女	
生年月日		大・昭・平・令 年 月 日		年齢 歳	
現住所		〒( )			
		電話番号(自宅)		( ) -	
		携帯電話番号		( ) -	
緊急時連絡先(本人以外)		氏名	カタカナ	ご関係	電話番号
本人以外 1					
2					
3					

緊急連絡先は、病状や治療に関する事、その他病院から連絡が必要な場合の連絡先をご記入下さい。

診療科		受診を希望する診療科を下記の中から選んで○で囲んでください。									
03(産) 14(児)	04(内) 15(整)	06※ 精神医療 センター	06※ 児童精神科	07(内) 17(外)	08(内) 18(外)	09※ 炎症性腸疾患 (IBD)センター	26(内) 16(外)	30※ 小児総合医療 センター	62(泌) 63(婦)		
総合周産期 母子医療 センター	※リウマチ膠 原病センター			心臓血管 センター	※消化器病 センター		※呼吸器病 センター		※生殖医療 センター		
20 総合診療科	23※ 血液内科	27※ 腎臓・高血 圧内科	28※ 内分泌・ 糖尿病内科	29※ 脳神経内科	33(乳) 19(甲)	34※整形外科			35※ 皮膚科	36※ 泌尿器・ 腎移植科	
					※乳腺・甲 状腺外科	脊椎 関節	股 関節	膝 関節	一般 (リウマチ・ 腫瘍除く)		
37※ 婦人科	38※ 眼科	39※ 耳鼻咽喉科	40※ 放射線 治療科	55※ 遺伝子 診療科	57※ 脳神経外科	58※ リハビリテ ーション科	59※ 形成外科		50※ 歯科・口腔外 科・矯正歯科	67※ 緩和ケア 内科	
69※ ペインクリ ニック内科	82※ がんゲノム 診療科										

紹介状持参の有無  はい  いいえ

予約の有無  はい  いいえ

過去の受診歴  はい( 年頃 科・センター)  いいえ

保険証持参の有無  はい  いいえ  マイナンバーカード保険証  
※マイナンバーカードの保険証も持参されている場合はお申し出ください。

限度額情報の照会  同意します  同意しません ※オンライン資格確認により限度額情報を照会します

日本の公的保険への加入の有無  はい  いいえ

国籍	母国語	母国語以外言語
----	-----	---------

**\*二重罫線枠において、日本の公的保険への未加入者、かつ外国籍の方は裏面もご記入ください。**

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

