

診 察 申 込 書

Patient Registration Form

ID :

申 込 日	年	月	日
受付時間：	時	分	選定療養費説明済 ☐

フリガナ				性 別	旧 姓
氏 名 Name				M 男 F 女	
生年月日 Date of birth	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 ・ (西暦)			年 Year	月 Month
				日 (歳) Day	Age
住 所 Address	〒 — —				
電 話 Phone No.	(自 宅) Home	— —		(携 帯) Mobile	— —
勤 務 先 Work place			(電 話) Phone No.	— —	
国 籍 Nationality	日本以外の方のみ				
本人以外 の緊急時 連 絡 先	フリガナ				(関 係)
	氏 名 Name				
	(自 宅) Home	— —		(携 帯) Mobile	
紹介状 ： 有 ・ 無		当院以外で普段通院している病院などがありましたらお書きください。			

01	腎高血圧内科
02	精神神経科
04	脳神経内科
05	呼吸器内科
06	消化器内科
08	循環器内科
09	小児科
10	外科
11	整形外科
14	脳神経外科
15	呼吸器外科
16	心臓血管外科
19	皮膚科
20	泌尿器科
23	産婦人科
26	眼科
27	耳鼻咽喉科
30	放射線科
31	麻酔科
36	リハビリテーション科
38	血液内科
39	糖尿病内科
57	救急・総合診療科
64	緩和ケア内科