受 診 申 込 書（登録内容変更届）

□ご記入後、保険証、他院紹介状（ＣＤ画像）を添えて受付へご提出ください。
□受診歴のある方で登録情報に変更がある場合は、診察券・保険証も添えて提出してください。

受付年月日	年　　月　　日	患者ＩＤ	

紹介状有無	紹介状はお持ちですか？　□ あ　り　□ な　し
右記項目へチェックしてください	□ 健康保険での受診　□ 健康保険なし（ 未加入 ・ 忘れた ） □ 交通事故（ 相手あり ・ 自損 ）　□ 業務上（ 仕事中 ・ 通勤途中 ）の疾病 ※ 交通事故、業務中の疾病に関する受診は健康保険を使用することはできません。

フ リ ガ ナ		性 別	フリガナ	
氏 名 NAME		□ 男性 □ 女性	旧 姓	※ 該当される方のみ記入
生 年 月 日 BIRTH DATE	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日（　歳）			
住 所 ADDRESS	〒　－　（　様方） 都道府県　市区郡			
	マンション名等	棟　号		
電 話 番 号 PHONE	自 宅	－　－		
	携 帯	－　－		
受 診 科 ○印をつけてください	内科　循環器内科　小児科　産婦人科　外科　整形外科　脳神経外科　呼吸器外科　泌尿器科　眼科　耳鼻咽喉科　放射線科　皮膚科　形成外科　歯科口腔外科			

※ 必ずお読みください。
□紹介状のない初診の方は、選定療養費として **2,200円**（税込） 診察終了時にお支払いいただきます。
□保険証を未提出の場合は全額自費にて精算となりますので予めご了承ください。