

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？ <input type="checkbox"/>あ <input type="checkbox"/>り <input type="checkbox"/>な <input type="checkbox"/>し | | |
| 右記項目へ チェックし てください | <input type="checkbox"/> 健康保険での受診 <input type="checkbox"/> 健康保険なし(未加入・忘れた) <input type="checkbox"/> 交通事故(相手あり・自損) <input type="checkbox"/> 業務上(工作中・通勤途中)の疾病 <small>※ 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。</small> | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------|--|----------|-----------------------------|-----|------------|--------------|--------------|------------|-----|--------------|------------|----------|------------|--|
| フリガナ | | 性別 | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 NAME | | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 旧姓 | <small>※ 該当される方のみ記入</small> | | | | | | | | | | | |
| 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 <small>○印をつけて ください</small> | 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 <input type="checkbox"/> 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。