

診察申込書

◆ご記入後、保険証・医療証・問診票・紹介状を添えて①初診受付にお出してください。

◆かかりつけの医院、病院等からの紹介状をお持ちでない患者さんについては、初診にかかる費用として 11,000円 ご負担いただきますのでご了承ください。

令和 年 月 日

※受診科に○印をご記入下さい。

ID

総合診療科	消化器内科	腎臓内科	糖尿病・内分泌科 代謝	循環器内科	高血圧内科	呼吸器内科	肝臓内科	血液腫瘍内科	脳神経内科	膠原病内科	感染症内科	外科
心臓血管外科	脳神経外科	皮膚科	眼科	整形外科	産婦人科	小児科	耳鼻咽喉科	形成外科	泌尿器科	精神科	歯科・ 歯科口腔外科	放射線科

ふりがな								旧姓				
受診者氏名								旧姓				
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生							才	男 ・ 女			
現住所	〒 -											
※現住所と住民票の住所が違う方はご記入下さい	〒 -											
電話番号	自宅 () -						携帯 - -					
勤務先	※被保険者の勤務先をご記入下さい。						勤務先電話					

■ 通訳は必要ですか? いいえ ・ はい <<言語: 国籍: >>											
■ 以前、当院を受診されたことがありますか?						はい ・ いいえ					
■ 本日の受診は次のいずれかに該当しますか?						交通事故 ・ 工作中的ケガ(労災) 他医療機関入院中 ・ 該当しない					
■ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか?						はい ・ いいえ					
■ 紹介状がない方へ: かかりつけの医療機関があればご記入下さい。 (医療機関名:) (電話番号: - -)											
■ 上記医療機関へ症状や経過等について問い合わせをしてもよろしいですか?										はい ・ いいえ	
■ 他院のレントゲンフィルム・CD等をお持ちですか?						単純・造影・CT・MR 部位()			はい ・ いいえ		

※保険証・診察券を受け取りました。

自署:

福岡赤十字病院

入力	確認