

初診申込書

下記に必要事項を記入し、健康保険証・各種受給者証といっしょに、初診受付にご提出ください。

フリガナ				性別
氏名	(旧姓：) ※前回受診時から変更がある場合			男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)			
住所	〒 - 都・府・県 ※道外在住の場合のみ記載		市・区・郡	区・町・村
	丁目 番 号 ※マンション・アパート名/部屋番号までご記入ください			
自宅電話	() -	携帯電話	-	-
緊急時等の連絡先として勤務先・学校、ご家族等の連絡先をお知らせください。				
ご本人 勤務先・学校		ご本人 勤務先・学校電話	() -	
ご家族等 氏名		ご家族等 電話	() -	

受診希望の科に✓をご記入ください。

内科・循環器内科・糖尿病内科	整形外科	月曜日の受付は10:30まで	健康診断 (内科)
呼吸器内科	泌尿器科		乳幼児健診
消化器内科・血液腫瘍内科	眼科	(初診でコンタクトレンズの処方 は行っていません)	ワクチン
外科・消化器外科・呼吸器外科	耳鼻咽喉科		婦人科
心臓血管外科	小児科 (中学生まで)		産科
皮膚科	脳神経外科	火・金は午前のみ	※産科の1カ月検診は水曜日のみ 診療時間13:00~

●受診診療科選択の参考としますので、差支えなければ症状をお知らせください。(詳しくは各診療科にお知らせください)

保険種別	以下に該当する方は✓と担当者等をご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 生活保護 (市役所担当者：)	<input type="checkbox"/> 労災、公災 (勤務先担当者：)	<input type="checkbox"/> 交通事故 (保険会社：)	

○保険証・各種受給者証のコピーをいただいておりますが、同意いただけますか？ はい・いいえ

○5日以内に当院の救急外来にかかられていますか？ はい・いいえ

○他院からの紹介状をお持ちですか？ はい・いいえ

※他院からの紹介状をお持ちでない場合は、初診料に加えて選定療養費として全額自己負担で“2,000円(税別)”を申し受けます。(同一月内に紹介状をお持ちいただければご返金いたします。)

※記入していただいた情報は、患者情報登録以外には使用いたしません。

2019/6/12
社会医療法人 製鉄記念室蘭病院