

診 療 申 込 書

健康保険証、各種医療証、介護保険被保険者証、紹介状などとともに、
初診受付へ提出してください。

受付： 年 月 日

予約 ・ 予約外

ID番号

(フリガナ) 患者氏名						男 ・ 女
生年月日		大・昭・平・令 年 月 日 (歳)				
連 絡 先	住所	〒 ー				
	電話番号	自宅 電話			携帯 電話	
	その他 連絡先	氏名	(患者との関係：)		電話	
受診希望科		<input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科（膝関節・脊椎脊髄） <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
<p>次の質問にお答えください。（わかる範囲でお答えください。）</p> <p>◇今までに当院で受診したことはありますか。 はい（ 年 月頃 科） ・ いいえ ・ わからない</p> <p>◇介護保険の認定を受けていますか。 はい ・ いいえ</p> <p>◇当院を知った理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 新聞、雑誌等 <input type="checkbox"/> 当院の講演会 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）</p>						

※ 太枠内のみ記入してください。

【当院使用欄】

紹介状の有無	有 ・ 無 (7,700円)
画像の有無	有 ・ 無
診察医師	
予約時間	

診療申込書

健康保険証、各種医療証、介護保険被保険者証、紹介状などとともに、
初診受付へ提出してください。

予約 ・ 予約外 受付： 年 月 日
ID番号

(フリガナ) 患者氏名	ヨコハマ タロウ 横浜 太郎			男 女
生年月日	大・昭・平・令 27年 8月 1日 (67歳)			
連住所	〒235-0012 横浜市磯子区滝頭一丁目2番1号			
	絡電話番号	自宅電話 045(753)2500	携帯電話 090(1234)5678	
先	その他先 連絡先	氏名 横浜 花子 (患者との関係：長女)	電話 080(1234)5678	
受診希望科	<input checked="" type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科(膝関節・脊椎脊髄) <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> その他()			
次の質問にお答えください。(わかる範囲でお答えください。)				
◇今までに当院で受診したことはありますか。 はい(年 月頃 科) <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> わからない				
◇介護保険の認定を受けていますか。 <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ				
◇当院を知った理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 新聞、雑誌等 <input type="checkbox"/> 当院の講演会 <input checked="" type="checkbox"/> その他(具体的に： <u>知人からの紹介</u>)				

※ 太枠内のみ記入してください。

【当院使用欄】

紹介状の有無	有・無(7,700円)
画像の有無	有・無
診察医師	
予約時間	