

# ◆◇◆初診申込書◆◇◆

ふりがな		性 別
受診者名		男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	
住所	〒 □□□ - □□□□	
電話番号	( ) - ( ) - ( )	
携帯番号	( ) - ( ) - ( )	
受診科 <small>* (予約) は、完全紹介予約制です。</small>	<input type="checkbox"/> 内 科 <input type="checkbox"/> 肝 臓 科 <input type="checkbox"/> 神 経 内 科 <input type="checkbox"/> 呼 吸 器 科 <input type="checkbox"/> 循 環 器 科 <input type="checkbox"/> 心 臓 血 管 外 科 <input type="checkbox"/> 糖 尿 病 外 科 <input type="checkbox"/> 外 形 外 科 <input type="checkbox"/> 整 形 外 科 <input type="checkbox"/> 婦 人 科 <input type="checkbox"/> 脳 神 経 外 科 <input type="checkbox"/> 眼 科 <input type="checkbox"/> 耳 鼻 咽 喉 科 <input type="checkbox"/> 麻 醉 科 <input type="checkbox"/> 泌 尿 器 科 <input type="checkbox"/> 皮 膚 科 <input type="checkbox"/> 小 児 科 <input type="checkbox"/> 口 腔 外 科 <input type="checkbox"/> 放 射 線 科 <span style="color: red; font-weight: bold;">( 予 約 )</span>	
●該当するところを記入して下さい		
1、本日、他の医療機関より紹介状をお持ちですか？ ①ある→ 紹介状・フィルム・CD-R・ ( ) ②ない→ 初診の場合は、選定療養費 (3, 240円) が別途かかります。		
2、交通事故ですか？                      ①はい                      ②いいえ		
3、お仕事中的けがですか？              ①はい                      ②いいえ		
ありがとうございました。保険証と一緒に総合受付に提出してください。		
<b>注</b> ※ 紹介状、各種証書を持参されている場合も総合受付と一緒に提出してください。 ※ 保険証をお忘れの場合は自費診療となります。 ※ 交通事故の場合は原則として自由診療となります。		
<b>岡波総合病院</b>		