

## 初診申込書

岡波総合病院

ふりがな				性別		
受診者名				男・女		
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 ー					
電話番号	自宅 ( )-( )-( )		携帯 ( )-( )-( )			
受診希望科	科		※脳神経内科、眼科、皮膚科、口腔外科は 完全紹介予約制となっております。			
《該当箇所に○をつけて下さい》						
1. 本日、他の医療機関より紹介状をお持ちですか？ はい・いいえ ※いいえで初診の場合は選定療養費(7,700円)がかかります。						
2. 交通事故ですか？  はい・いいえ						
3. 仕事上のけがですか？  はい・いいえ						
※保険証等・紹介状と一緒に総合受付へ提出ください。 ※保険証をお忘れの場合は自費診療となります。						