

診察申込書

申込日 20 年 月 日

申込書に
・ 保険証
・ 紹介状
・ 診察券

を添えて総合受付(1番)へお出し下さい。

戸籍もしくは運転免許証登録上の
文字で記入して下さい。

太線枠内をもれなくご記入下さい。

今まで当院を受診されたことがありますか。 ある (年 月頃) ・ ない

本日の受診理由 (○をつけて下さい。)

1. 他の医療機関からの紹介 (医療機関名:)
2. 健康診断で「要精検」となった
3. 定期的な診察または検査
4. その他

紹介状をお持ちでない方へ
選定療養費 (初診時 7,700円、再診時 3,300円) (税込) を徴収いたします。
※ 選定療養費とは、厚生労働省より義務化されており、初診、再診で紹介状を持参されずに来院された患者さんから頂く、保険外併用療養費のことです。

フリガナ _____ 旧 姓 _____ 性 別 _____
氏 名 _____ 男 ・ 女 _____

生年月日 1 大正 2 昭和 3 平成 4 令和 5 西暦 (AD) 年 月 日 (歳)

住 所 〒 _____ - _____ 自宅電話 () - _____
(連絡先) _____ 携帯電話 _____ - _____

勤務先名称 _____ 勤務先電話 () - _____

勤務先所在地 _____

診察を受けられる科に○をつけて下さい。(わからないときは受付にお尋ね下さい。)

内 科 1	腫 瘍 内 科 2	産 婦 人 科 7	麻 酔 科 14
糖尿病・内分泌代謝内科 28	脳 神 経 内 科 16	皮 膚 科 8	精 神 科 15
呼 吸 器 内 科 29	総 合 診 療 科 26	形 成 外 科 9	歯 科 口 腔 外 科 17
腎 臓 ・ リ ウ マ チ 内 科 27	小 児 科 3	泌 尿 器 科 10	呼 吸 器 心 臓 血 管 外 科 18
血 液 内 科 30	外 科 4	眼 科 11	リ ハ ビ リ 科 21
循 環 器 内 科 23	脳 神 経 外 科 5	耳 鼻 咽 喉 科 12	放 射 線 治 療 科 24
消 化 器 内 科 22	整 形 外 科 6	放 射 線 科 13	緩 和 ケ ア 外 科 25

該当するものがありましたら○をつけて下さい。
本日の診察は、
1. 交通事故によるものです 2. 仕事中のけがです 3. 第三者によるけが(ケンカ等)です
a 自損事故です b 相手がいます (労災の申請をします)

以下のアンケートにお答えをお願いします。
このアンケートは、農協法により厚生連病院の患者さんにおける該当者数を報告する必要があるためです。

JA組合員ですか?

はい (01) → 農業に従事 (04)
 J A の 役 員 ・ 職 員 (05)
 J A の 貯 金 又 は 共 済 (保 険) を 利 用 (06)

いいえ (02)
 わからない (03)