

診療申込書

年 月 日

REGISTRATION

ID No			被保険者との続柄	01 本人	02 家族
フリガナ 氏名 Name	Family Name	First Name	性別 Sex	1 男 M	2 女 F
生年月日 Birth Date	1 明治・2 大正・3 昭和・4 平成		年 Year	月 Month	日 Day
住所 Address (In JAPAN)	〒		TEL	- () -	
勤務先名又は 緊急時連絡先			TEL	- () -	

紹介状のない方は初診時に特定療養費 2,000 円（別途消費税）の負担があります。

紹介状 Introduction Letter	ある Yes	ない No	紹介医	医院・診療所 病院・クリニック
----------------------------	-----------	----------	-----	--------------------

交通事故によるケガ（自賠責保険） 工作中的ケガ（労災）に該当する方は項目にチェックをして下さい。

ご希望の受診科に○印をご記入下さい

01 内科 Internal Medicine	02 小児科 Pediatrics	03 外科 Surgery	04 整形外科 Orthopedics	05 皮膚科 Dermatology
06 泌尿器科 Urology	07 産婦人科 Obstetrics Gynecology	09 眼科 Ophthalmology	10 脳外科 Brain Surgery	15 創傷ケア Wound Care
12 健康診断	14 成人検診			