

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	(姓) Family Name	(名) 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・5 令和		年 月 日 Year Month Day	Age 才	
住 所 Address (In JAPAN)	〒 — () — ①TEL — () — ②携帯 — () —				
職 業	会社員・公務員・自営業・学生 パート・無職・その他 ()	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 2,200 円(税込)の負担があります。

紹介状 Introduction Letter	ある Yes	ない No	紹介医	病院・診療所
----------------------------	-----------	----------	-----	--------

☐ 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	08 耳 鼻 咽 喉 科 Otorhinolaryngology	09 眼 科 Ophthalmology	10 脳 外 科 Neurosurgery	
12 健 康 診 断 Healthcheck	14 区 検 診	16 循 環 器 内 科 Cardiology	20 漢 方 内 科 Kampo Medicine		