

外来	入	病棟
	院	号

診 察 申 込 書

〒		-	
---	--	---	--

受付日 年 月 日 AM・PM 時 分

今まで当院に受診されたことがありますか。 な い ・ あ る (年 月頃)

希望受診科 1.内科 11.外科 14.整形外科 21.小児科 24.眼科 25.産婦人科

フリガナ		男・女	1.明治				
名 前			2.大正	年	月	日生	才
住 所	〒	□□□□-□□□□		☎	()		

※太枠内のみ記入してください

保 険 区 分	1.社保 2.国保 3.後期 4.特退 5.退職 82.公害 98.自費(1.課税 2.非課税) 97.自賠 80.公費 45.労災(1.一般 2.長期)										
世 帯 区 分	1.本人 2.家族	公 費 区 分	41.老人 その他公費番号()			▶12.生保 (福祉 CW)					
負 担 金	1.助成 2.認定 3.高委 4.公委 7.原爆	(27.老保)									
紹 介 者	1.入→外 2.外→入 3.再入院 ア.自宅より イ.ホーム ウ.病院 エ.施設 オ.その他 名称()										
備 考						受 付 者	入 力	台 帳	名 札	チ ェ ッ ク シ ー ト	入 院 歴