

# 診療申込書

01	13	03	09	02	14	11	12	04	05	06	07	08	10	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27
循環器センター	心臓血管外科	消化器センター	消化器内外科	呼吸器センター	呼吸器内外科	脳卒中センター	脳神経外科	腎臓内科	代謝内分泌内科	膠原病内科	血液内科	小児科	乳腺外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	産科	婦人科	眼科	歯科口腔外科	麻酔科	放射線診断科	放射線治療科	精神神経科	形成外科	救急科

フリガナ																									
氏名																									男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)																								
住所	〒																								
電話	自宅								携帯																
	その他連絡先番号																(続柄)								

※ 保険証の写しをいただいておりますが、一定期間保管後責任を持って破棄いたします。  
 ※ 氏名の呼び出し等で不都合のある方は総合受付にお申し出ください。  
 ※ 当院では個人情報の利用目的については院内に掲示してある目的以外では利用しません。

### ◎ 他の医療機関の紹介状・結果表をお持ちですか。

はい → 病院・クリニック  
 医院・診療所  
 市 区

いいえ → 初診料とは別に選定療養費として、  
 7,700円(税込)を診療科ごとに頂いております。

### ◇ 職員記入欄

※選定療養費 あり・なし

※ 健診・自費診療  
 乳がん検診 交通事故  
 がん相談 第三者行為  
 横浜市健康診査 予防接種

生活保護  
 ( 市・区 担当: )

労災・通勤労災  
 (勤務先: )  
 TEL: \_\_\_\_\_

### ◎ 介護老人保健施設に入所中、または他の医療機関に入院中ですか

(病院名・施設名)

はい →

### ◎ 当院に受診したことがありますか。

はい  いいえ

救急搬送

受付者		登録者		確認者	
-----	--	-----	--	-----	--

受付時間 時 分

横浜栄共済病院