

# 診 療 申 込 書

氏名・性別・生年月日・住所・電話番号・連絡先・受診科・必要事項をご記入の上、  
保険証・医療券・紹介状（お持ちの方）を添えて、初診受付にお申し込み下さい。

(1) 本日紹介状をお持ちですか。

はい (医療機関名: )  
いいえ

(2) 当院で以前一度でも受診されたことがありますか。

はい ( 年 頃 )  
いいえ

|                      |       |    |    |      |    |    |    |    |        |             |                |       |       |    |    |    |    |   |  |
|----------------------|-------|----|----|------|----|----|----|----|--------|-------------|----------------|-------|-------|----|----|----|----|---|--|
| カ ル テ 番 号            |       |    |    |      |    |    |    |    |        | 太線のみご記入ください |                |       |       |    |    |    |    |   |  |
|                      |       |    |    |      |    |    |    |    |        | 申込日         |                | 平成    |       | 年  |    | 月  |    | 日 |  |
| *診察を受けたい科を でかこんでください |       |    |    |      |    |    |    |    |        |             |                |       |       |    |    |    |    |   |  |
| 内                    | 呼     | 消  | 循  | 小    | 精  | 外  | 整  | 脳  | 産      | 眼           | 耳              | 皮     | 泌     | 肛  | 神  | リ  | 総  |   |  |
| 科                    | 吸     | 化  | 環  | 児    | 神  | 科  | 形  | 神  | 婦      | 科           | 鼻              | 膚     | 尿     | 門  | 経  | ハ  | 合  |   |  |
|                      | 器     | 器  | 器  | 科    | 科  | 科  | 外  | 経  | 人      |             | 咽              | 科     | 器     | 科  | 内  | ビ  | 診  |   |  |
|                      | 科     | 科  | 科  | 科    | 科  | 科  | 科  | 外  | 科      | 科           | 喉              | 科     | 科     | 科  | 科  | テ  | 療  |   |  |
| 01                   | 02    | 03 | 04 | 05   | 06 | 07 | 08 | 09 | 10     | 11          | 12             | 13    | 14    | 15 | 16 | 17 | 18 |   |  |
| *保険種類                |       |    |    |      |    |    |    |    |        |             |                |       |       |    |    |    |    |   |  |
| 健康保険                 |       |    |    | 交通事故 |    |    | 労災 |    | 生活保護   |             |                | 保険未加入 |       |    | 自費 |    |    |   |  |
| *備考                  |       |    |    |      |    |    |    |    |        |             |                |       |       |    |    |    |    |   |  |
| 受<br>診<br>者          | フリガナ  |    |    |      |    |    |    |    | 性別     |             | 生 年 月 日        |       |       |    |    | 年齢 |    |   |  |
|                      | 氏 名   |    |    |      |    |    |    |    | 男<br>女 |             | 明治 昭和<br>大正 平成 |       | 年 月 日 |    |    |    |    | 歳 |  |
|                      | 現住所 〒 |    |    |      |    |    |    |    |        |             | 電話番号           |       |       |    |    |    |    |   |  |
| 連<br>絡<br>先          | 氏 名   |    |    |      |    |    |    |    |        |             | 続柄             |       |       |    |    |    |    |   |  |
|                      | 電話番号  |    |    |      |    |    |    |    |        |             |                |       |       |    |    |    |    |   |  |

平成17年4月に個人情報保護法が施行されました。当院においても「個人情報保護規程」を策定し、  
これに則り適正に個人情報を管理運用しております。

内容につきましては病院入り口の掲示または受付の資料をご参照下さい。

ご不明な点がございましたら受付担当者までお申し出下さい。

東京北社会保険病院