◆◇◆初診申込書◆◇◆

ふりがな		性　別
受診者名		男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　歳）	
住所	〒□□□ －□□□□	
電話番号	（　　）-（　　）-（　　）	
携帯番号	（　　）-（　　）-（　　）	
受診科	□内科　□肝臓外来　□脳神経内科（完全紹介予約）　□呼吸器科　□循環器科　□心臓血管外科　□糖尿病外来　□外科　□整形外科　□婦人科　□脳神経外科　□眼科（完全紹介予約）　□耳鼻咽喉科　□麻酔科　□泌尿器科　□皮膚科（予約）　□小児科　□口腔外科（完全紹介予約）　□放射線科	

●該当するところを記入して下さい

1、本日、他の医療機関より紹介状をお持ちですか？

①ある→　紹介状・フィルム・CD-R・（　　）

②ない→　初診の場合は、選定療養費（５，５００円）が別途かかります。

2、交通事故ですか？　　①はい　　②いいえ

3、お仕事中のけがですか？　　①はい　　②いいえ

注　※　紹介状、各種証書を持参されている場合も総合受付に一緒に提出してください。

※　保険証をお忘れの場合は自費診療となります。

岡波総合病院