

診察申込書

★太枠内をご記入ください。ご記入いただいた個人情報は、当院での診療に関すること(利用目的)以外には利用いたしません。

申込年月日	年 月 日	患者ID							
フリガナ				性別	生年月日				
受診者名				男・女	西暦 大 昭 平 令				
					年 月 日				
住所 (住民票記載住所)	〒			-			※郵便番号は必ずご記入ください		
	江南市・大口町・扶桑町・犬山市・一宮市・岩倉市・各務原市			※アパート・マンション名、部屋番号までご記入ください。					
自宅電話	() -			携帯番号	() -				

(1) 本日の受診についてお尋ねします。該当する項目を○で囲んでください。

診察 (紹介状あり・紹介状なし ※)
 ※紹介状をお持ちでない方は、保険外併用療養費(¥5,500)をお支払いいただきます。

交通事故にて受傷
 事故日 年 月 日 車と車 車と自転車 車とバイク 車と人
 自転車と自転車 自転車と人 自損
 仕事・通勤中の受傷 (事業所名) (電話 - -)

(2) 受診を希望される科を選び、○で囲んでください。

内科 ・ 小児科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科 ・ 皮膚科 ・ 泌尿器科
 産婦人科 ・ 眼科 ・ 耳鼻いんこう科 ・ 口腔外科 ・ 放射線科

(3) 該当する項目を○で囲んでください。(複数回答可)

1. 農協正組合員(農業)本人・家族 2. 農協准組合員(出資)本人・家族
 3. JA保険・JA通帳等利用者 4. どれも該当しない

※病院記載欄

特殊区分	<input type="checkbox"/> 保険外併用療養費説明済				<input type="checkbox"/> 保険証忘れ <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保					
保険区分	新規	修正	追加	更新	社保	国保	後期高齢	限度額・減額認定証		
受診	内	小	外	整	脳	皮	泌	婦	眼	
	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
	耳	口	放	入力者			確認者			
・	・	・								
備考							コピー渡し済み <input type="checkbox"/> 病棟担当者() <input type="checkbox"/> 整形レセ担当者 <input type="checkbox"/> 交通事故担当者			