

診療申込書

ID	0									
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

*** 太枠の中をご記入ください**

フリガナ						明治M			
氏名						大正T	年	月	日
						昭和S			
						平成H			
						令和R	()歳
住所	〒	—	電話番号	—	—	携帯電話番号	—	—	
緊急時本人以外の連絡先(携帯電話)	氏名				続柄	電話番号 — —			
その他の連絡先(勤務先等)	連絡先名				電話番号 — —				
オンライン資格確認制度を用い、限度額適用区分の確認をすることに					同意します ・ 同意しません ※どちらかに○をしてください。				
希望診療科	一般内科(01)		消化器内科(02)	呼吸器内科(03)	脳神経内科(04)	腎臓内科(05)	循環器内科(07)	糖尿病科(08)	
	血液内科(09)		救急科(11)	膠原病・リウマチ内科(12)	一般外科(30)	呼吸器外科(31)	乳腺外科(32)	血管外科(33)	
	消化器外科(34)		内視鏡科(37)	脳神経外科(40)	小児科(43)	産婦人科(45)	耳鼻咽喉科・頭頸部外科(48)	皮膚科(52)	
	泌尿器科(55)		眼科(58)	放射線治療科(60)	放射線診断科(61)	歯科口腔外科(64)	精神神経科(67)		
	整形外科(70)		形成外科(73)	リハビリテーション科(75)					

○マイナンバーカードまたは資格確認書・公費受給者証・紹介状をお持ちの方は診療申込書と一緒にお願いします。