

診察申込書

初診時に、他の医療機関からの紹介状をお持ちでない方は、初診料とは別に、初診時特定療養費として2,700円(税込)を自己負担いただいております。

紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 医療機関名 ()	紹介状の無い方へ(説明を受けてからご記入下さい) 初診時特定療養費の説明を受け、承諾しました。 署名 _____
---	--

右記に該当する方は、○をしてください 【 交通事故・労働災害・公務災害・他院入院中 】

当院の受診は初めてですか？ 【 はい ・ いいえ [患者番号: _____] 】

受診科の診療予約は取得されていますか？ 【 はい ・ いいえ [希望診療科: _____] 】

ふりがな			性別	男・女
氏名	(旧姓)			
生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成	年 月 日	(満 歳)	
現住所	(〒 -) 郵便番号は必ず記入してください			
自宅	☎ :	— —	[本人・その他 ()]	
携帯	☎ :	— —	[本人・その他 ()]	
緊急連絡先	氏名 : _____ 続柄 ()			
	☎ :	— —	[家族・その他 ()]	

地方独立行政法人 明石市立市民病院

〒673-8501 兵庫県明石市鷹匠町1-33

TEL : 078-912-2323(代表) FAX : 078-914-8918(医事課) FAX : 078-912-2362(医療介護連携室)



病院使用欄

総合内科	血液内科	腎臓内科	糖尿病内科	循環器内科	外科	整形外科	耳鼻咽喉科	眼科	泌尿器科	脳神経外科	神経内科	皮膚科	産婦人科	小児科	心療内科	消化器内科	放射線科	健診科	健康診断
保険証		担当者		担当者		基本情報			担当者		担当者								