

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 checked="" type="checkbox"/> はい 医療機関名 (〇〇〇クリニック)	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: **1234567**] 】
 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: **総合内科**] 】

ふりがな	あかし はなこ		性別	男 ・ 女
氏名	明石 花子 (旧姓 兵庫)			
生年月日	明治 ・ 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ・ 平成	〇〇年〇〇月〇〇日 (満〇〇歳)		
現住所	(〒 673-8501) 郵便番号は必ず記入してください 明石市鷹匠町1番33号			
自宅	☎: 078-912-2323 [本人 ・ その他 ()]			
携帯	☎: 090-1234-5678 [本人 ・ その他 ()]			
緊急連絡先	氏名: 明石 太郎 続柄 (夫) ☎: 090-9999-9999 [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								