診察申込書（一般用）

明石市立市民病院

他の医療機関からの紹介状をお持ちでない方は、診察料とは別に選定療養費をいただいております。

【初診時】 ５，５００円(税込)　　【再診時】 ２，７５０円(税込)

紹介状はお持ちですか？	紹介状の無い方へ(説明を受けてからご記入下さい)
□ いいえ □ はい 医療機関名（　　）	初診時・再診時選定療養費の説明を受け、承諾しました。 署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな		性　別	男 ・ 女
氏　　名	（旧姓　　）		
生年月日	西暦 大正・昭和・平成・令和　　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（　　） ☎：　　—　　—		

右記に該当する方は、〇をしてください

【　交通事故・ケガ（仕事中、学校、その他（　　））・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：＿＿＿＿＿＿］】

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)

［病院使用欄］

21 総合内科	22 血液内科	23 腎臓内科	24 糖尿病内科	19 循環器内科	04 外科	26 リウ・膠内科	05 整形外科	10 耳鼻咽喉科	09 眼科	07 泌尿器科	16 脳神経外科	18 脳神経内科	06 皮膚科	08 産婦人科	03 小児科	15 心療内科	02 消化器内科	11 放射線科	50 健診科	健康診断

対応者	入力者	確認者