診 察 申 込 書（ 一般用 ）

他の医療機関からの紹介状をお持ちでない方は、診察科とは別に選定療養費をいただいております
［初診時］　７，７００円（税込）　　［再診時］　３，３００円（税込）

●紹介状はお持ちですか？	**●紹介状のない方へ**（説明を受けてからご記入ください）
□　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。 ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな		戸籍上の 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　　才）		
現 住 所	（〒　　－　　）※ 郵便番号は必ず記入して下さい		
自　宅	☎：　　－　　－　　[本人・その他（　　）]		
携　帯	☎：　　－　　－　　[本人・その他（　　）]		
緊急連絡先	氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（　　） ☎：　　－　　－		

※下記のいずれかに該当する方は、○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：＿＿＿＿＿＿　]　】

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

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)

以下　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