

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？

いいえ

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・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	あかし はなこ		性別	男・ 女
氏名	明石 花子 (旧姓 兵庫)			
生年月日	西暦 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (満 〇〇 歳) 大正・昭和・平成・令和			
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			

右記に該当する方は、○をしてください

【 交通事故・ケガ (工作中、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: **1234567**] 】

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	22	23	24	19	04	26	05	10	09	07	16	18	06	08	03	15	02	11	50	健康
総合内科	血液内科	腎臓内科	糖尿病内科	循環器内科	外科	リウ・ 膠内科	整形外科	耳鼻咽喉科	眼科	泌尿器科	脳神経外科	脳神経内科	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
対応者							入力者							確認者						