診察申込書（新患用）

以下のチェックボックスにチェックください

☐　紹介状の持参がない場合に、選定療養費（保険診療とは別に7,700円）が掛かることに同意します。
☐　会計時の診療費の負担割合や所得に応じた限度額について、オンラインシステム上で確認することに同意します。

以下の太枠の中をご記入ください

フリガナ		固定電話	有・無　（　　　）　ー
氏　名	1．男 2．女	携帯電話	有・無　ー　ー
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和　年　月　日（　歳）		
現住所	アパート、マンション等にお住まいの方はその名称及び部屋番号まで記入願います 〒□□□-□□□□ 都道 府県		
帰省住所 又は 滞在住所	遠方よりお越しの方は記入願います 〒□□□-□□□□ 都道 府県 （　様方 / 続柄:　）　電 話（　）　ー		
資格確認書をお忘れの方	勤め先:　電 話（　）　ー		
受診状況 （「はい」又は「いいえ」のどちらかを○印で囲む）	1）紹介状、検査通知などをお持ちですか？（はい・いいえ） 2）交通事故による受診ですか？（はい・いいえ） 交通事故で受診される方は、事故の状況を○印で囲んで下さい 相手がある事故・単独事故（運転手）・単独事故（同乗者）・その他（　） 3）仕事中、通勤中のケガ（労災）などによる受診ですか？（はい・いいえ） 労災で受診される方は記入願います 勤め先:　電 話（　）　ー		
受診される科名 （○で囲む）	※受診科が不明の場合は総合案内でご相談ください 内科・呼吸器内科・消化器内科・脳神経内科・循環器内科・精神科・小児科・乳児健診・外科・消化器外科・脳神経外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科・放射線科・健康診断		

マイナンバーカードの読み取り後、公費受給者証等をそえて、受付窓口へ提出してください。
なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、資格確認書も併せて提出してください。

（マイナバーカードまたは資格確認書をお忘れの方は、免許証等の身分証明となるものをそえてください）

―― 医事使用欄　☆この下は記入する必要はありません ――

紹介状医療機関名		自賠・労災・生保・自費
ＩＤ		救急車・ヘリ・その他

代筆	返却 確認書 資格	保険証 マイナ	入力済
確認済			

診察券	
持参	有・無・忘
発行	要・否・未
コスト	要・否

令和8年1月8日版