

診療申込書

太枠の枠内を記入してください。

		年 月 日	登録番号						
1 病院	受診者	氏名	フリガナ	男・女	生年月日	西暦	年	月	日
2 診療所		(歳 ヶ月)							
3 保健所		住所	〒						
4 市町村		電話(自宅・携帯)							
5 学校等		本籍地							
6 施設等	(保護者等)連絡先	氏名	続柄 電話(自宅・携帯)						
7 職員		氏名	続柄 電話(自宅・携帯)						
8 直接		オンライン資格確認における限度額適用認定証の							
9 救急		情報照会についての同意確認							
A その他		情報照会に (同意します / 同意しません)							
産科									

※「(保護者等)連絡先」欄の書き方

受診者がお子さま(未成年)の場合は「ご両親」・「ご祖父母」のうち、お二人についてご記入ください。

受診者が妊婦(成人)の場合は「配偶者」・「ご両親」のうち、お二人(お一人は必ず)についてご記入ください。

外来	1)一般	2)外科	3)新生児	4)循環器	5)神経	6)形成	7)血液	8)心臓	9)アレルギー	10)腎臓
入院	11)整形	12)産科	13)歯科	14)精神	15)リハ外来	16)母乳外来	17)遺伝科			