

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

R6.12.1医事



点線で切り取ってお使いください。