

診療申込書 (入力票)

①登録 (新規登録) ②変更 (再登録・保険追加・保険変更・兼科)

受付時間 :

□□□□ - □□□□ - □□

(受付) 平成 年 月 日

フリガナ					男・女	覚書				
氏名					才					
生年月日	明・大・昭・平 (該当に○)	年	月	日		第一 保険	保険者名			
住所	〒郵便番号						記号			
連絡先	自宅電話	()				番号				
	携帯電話	- -				本人・家族	本人	家族		
どのような症状ですか (該当に○)	1. 他病院からの紹介 (病院名) 2. 交通事故 3. 工作中又は通勤途上の傷病 4. 健診・予防接種 5. その他 (症状を記入)					負担割合	1割・2割・3割			
	受診希望科	01 内科	11 消化器科	12 循環器科		資格取得	年	月	日	
希望する科に○印をつけて下さい	14 小児科	15 外科	19 整形外科		有効期限	年	月	日		
	20 脳神経外科	22 皮膚科	24 泌尿器科		保険者(負担者)番号					
	25 産婦人科	27 眼科	28 耳鼻咽喉科		記号					
被保険者氏名	(保険証の表の方の名前)			続柄	受給者番号					
職業又は勤務先				電話 ()	負担割合	1割・2割・3割				
質問	当院を受診したことが ・ある (科 年 月頃) ・ない					有効期限	年	月	日	
						負担者番号				
						受給者番号				
						負担割合	1割・2割・3割			
						有効期限	年	月	日	
					入院	入力年月日				
					備考	同姓同名 あり・なし			入力者印	