初診の方には保険の一部負担金とは別に、選定療養費として2,160円(税込)の費用がかかります。（紹介状をお持ちの方、生活保護法医療券等の公費医療（都道府県除く)を受けておられる方、救急受診の方を除く。）

受付時間　　：

診 察 申 込 書

受付番号	
記 入	入 力

患者番号		紹介（あり・なし）

受付日

フリガナ	男1	生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成
氏　名	女2	年　月　日生　才				

住　所	〒　－　　*団地名、号室、何々方、寮名等詳しく記入して下さい
電話番号	自宅℡（　）　－　　携帯℡（　）　－

受診科	内科	外科	整形外科	耳鼻咽喉科	眼科	泌尿器科	皮膚科
コード	8	10	11	15	20	33	35

＊ご案内　老人医療証、公費医療証の交付を受けられている方は、必ず保険証といっしょにご提示下さい。

受付使用欄　　併診あり 1　　→2　　→3

太枠内をご記入下さい

初診の方には保険の一部負担金とは別に、選定療養費として2,160円(税込)の費用がかかります。（紹介状をお持ちの方、生活保護法医療券等の公費医療（都道府県除く)を受けておられる方、救急受診の方を除く。）

受付時間　　：

診 察 申 込 書

受付番号	
記 入	入 力

患者番号		紹介（あり・なし）

受付日

フリガナ	男1	生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成
氏　名	女2	年　月　日生　才				

住　所	〒　－　　*団地名、号室、何々方、寮名等詳しく記入して下さい
電話番号	自宅℡（　）　－　　携帯℡（　）　－

受診科	内科	外科	整形外科	耳鼻咽喉科	眼科	泌尿器科	皮膚科
コード	8	10	11	15	20	33	35

＊ご案内　老人医療証、公費医療証の交付を受けられている方は、必ず保険証といっしょにご提示下さい。

受付使用欄　　併診あり 1　　→2　　→3

太枠内をご記入下さい