

診療申込書 申込日 年 月 日

初診完全紹介制対象科については、初診時選定療養費をいただいても、当院への直接の受診はできません。

|  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |       |  |      |  |        |  |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|----|-------|--|------|--|--------|--|
| 他医からの紹介状又は健康診断結果はお持ちですか                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 有         |    | 無     |  |      |  |        |  |
| 有の場合・医療機関名 ( )                                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 資料 ( CD-R |    | レントゲン |  |      |  |        |  |
| 紹介状無しの方は、初診時選定療養費 <b>7,700円(税込)</b> をご負担いただきます |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |       |  |      |  |        |  |
| 本日の来院は次のどの項目に該当しますか                            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ① 交通事故    |    | ② 仕事上 |  | ③ 傷害 |  | ④ 該当なし |  |
| 本日受診希望の科に ○ をつけてください                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |       |  |      |  |        |  |
| 内  | 小  | 外  | 整  | 脳  | 泌  | 眼  | 皮  | 耳  | 脳  | 産  | 精  | 放  | 麻  | 健  | 心  | 形  | 口  | 呼  | 小         | 緩  |       |  |      |  |        |  |
| 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科  | 科         | 科  | 科     |  |      |  |        |  |
| 01   | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21        | 23 |       |  |      |  |        |  |
| フリガナ   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 性別        |    |       |  |      |  |        |  |
| 氏名   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 男 M       |    |       |  |      |  |        |  |
| NAME   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 女 F       |    |       |  |      |  |        |  |
| 生年月日   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 才         |    |       |  |      |  |        |  |
| DATE OF BIRTH                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 年 月 日     |    |       |  |      |  |        |  |
| 住所   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |       |  |      |  |        |  |
| ADDRESS  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |       |  |      |  |        |  |
| 電話   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | その他連絡先    |    |       |  |      |  |        |  |
| TEL.NO.  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |       |  |      |  |        |  |

※保険証を添えてお出ください。(交通事故、仕事の傷病の方は使用できない場合があります。)

※診察券をお持ちの方は一緒にお出ください。

Copyright © Japanese Red Cross Niigata Hospital. All Rights Reserved.

総合案内  
エレベーター  
公共電話  
エコーチェンジャー  
自動販売機  
トイレ  
車椅子対応トイレ  
階段



Copyright © Japanese Red Cross Niigata Hospital. All Rights Reserved.

総合案内  
エレベーター  
公共電話  
エコーチェンジャー  
自動販売機  
トイレ  
車椅子対応トイレ  
階段

