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
CD-R ・ レント	·ゲン]
紹介状無しの方は、初診時選定療養費 7,700円(税込) 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 〇 をつけてください	
本日受診希望の科につきつけてください	小児外の
	外療療
科 3 科 4 4 5 4 5 4 5 4 5 4 5 4 5 5 6 6 6 6 7 6 8 6 9 10 11 12 13 14 15 17 18 19 20	科 科 21 23
フリガナ	性別
氏名	男 M
NAME 旧姓	女 F
生年月日 大 昭 平 令 DATE OF BIRTH T 和 成 和 年 月 日	才
住 所	
ADDRESS	
電 話 () その他連絡先 TEL.NO.	

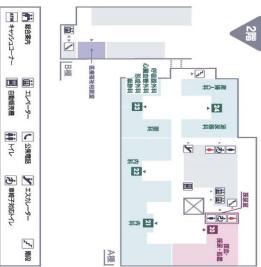


1階 外来フロア案内図

日本赤十字社 成田赤十字病院 Japannes Red Cross Society

外来フロア案内図

日本赤十字社 成田赤十字病院 Jypanes Red Creat Society



下線に沿って切り取っていただき、診療申込書を受付へお出しください。

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

[※]診察券をお持ちの方は一緒にお出しください。