

# 診療申込書

年 月 日

時 分 救急車・その他

ID

太枠内を記入し、新患受付にお出してください。

鳥取赤十字病院

## 受診希望科

01	02	03	11	21	22	22	23	25	27	31	32	33	34	51	52	52	62	71	81
内	循環器科	神経内科	小児科	外科	整形外科	リウマチ科	脳神経外科	リハビリテーション科	血管外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	この診療科	眼科	耳鼻いんこう科	頭頸部外科	麻酔科	放射線科	歯科口腔外科

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平		
氏名			年	月	日生
住所	〒		性別・年齢	男・女（才）	
			電話		
			携帯		
アパート・マンション等は、棟・部屋番号をご記入ください。					

- 診察券及び紹介状をお持ちの方はお申し出ください。
- 紹介状をお持ちでない方は選定療養費2,500円をいただきます。

- ①この病院に受診されたことはありますか。
- はい いいえ
- ②紹介状をお持ちですか。
- はい（ 医院・病院） いいえ
- ③かかりつけ医をお持ちですか。
- はい（ 医院・病院） いいえ
- ④仕事上のけが、交通事故で受診される方は、お申し出ください。  
交通事故の方は事故の状況をご記入ください。

月 日

前医 有・無

- ⑤渡航（有・無）
- 有の場合：渡航先（ ） 渡航期間（ ）

登録	確認	保険	1割・2割・3割	本・家	高・齢	小・児	ひとり親	身・障	公・費	交通・事故	労・災	自・費	保・留		
備考												①	:		
外部業者抗原検査												②	:		
①コスト無し(病院負担)												③	:		
②コスト有り(12,000円+税)															
③コスト有り(3,000円+税)															

※ご提供頂きました個人情報は医療法に定められた利用目的・提供目的のために利用します。

コード 35926 30.8 100×200 ㊞