

# 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							
	アパート・マンション等は、棟・部屋番号をご記入ください。												携帯							
<p>●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。</p> <p>①この病院に受診されたことはありますか。                  はい <span style="float:right">いいえ</span></p> <p>②紹介状をお持ちですか。                  はい（ <span style="float:right">医院・病院</span>） <span style="float:right">いいえ</span></p> <p>③かかりつけ医をお持ちですか。                  はい（ <span style="float:right">医院・病院</span>） <span style="float:right">いいえ</span></p> <p>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。</p> <p>月 日 <span style="float:right">前医 有・無</span></p> <p>⑤渡航（有・無）                  有の場合：渡航先（ ） 渡航期間（ ）</p>																				

登録	確認	保険	1割・2割・3割	本家	高年齢	小児	ひとり親	身障	公費	交通事故	労災	自費	保留	
備考	<b>外部業者抗原検査</b> <input type="checkbox"/> コスト有り（13,200円、請求書送付）（992575） <input type="checkbox"/> コスト無し（病院負担）（992688）											①	:	

※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 ㊞