

# 診察申込書

新患・再来  
( AM・PM )

※太枠の中をご記入下さい。

ID 申込年月日 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -		
電話番号	自宅 - - 携帯 - -		
他連絡先	他に連絡先がありましたらご記入下さい。(労災予定の場合は会社名、電話を記入願います) 名称: 電話番号: - - ご関係:		
1 本日、診察を希望される科に☑を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 腎・泌尿器科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 外科・消化器科 ※診察以外を希望される場合は☑を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 特定検診 <input type="checkbox"/> その他			
2 以下の①、②に該当する場合は☑を付けて下さい。 ①持参書類はありますか？ <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 健診結果 ②けがの場合、原因は？ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為			
備考			

切り取り線

## ← 診察申込書の記入が必要な方

- ①初めて受診をされる方
- ②久しぶりの方      \*6か月以上、受診のない方
- ③住所、電話番号が変更になっている方

受診を希望される方は印刷し記入した物を受付窓口に提出して下さい

また、①②の方および別の疾患で受診を希望される方は  
予診用紙の印刷・記入も同様をお願いします

### 病院記入欄

事故	<input type="checkbox"/> 一括前 <input type="checkbox"/> 一括連絡あり	労災	<input type="checkbox"/> 労災予定 <input type="checkbox"/> 労災用紙持参	生保	<input type="checkbox"/> 確定確認済み <input type="checkbox"/> 未確認
保険	<input type="checkbox"/> 保険証忘れ <input type="checkbox"/> 未加入	健診	<input type="checkbox"/> 特定検診 <input type="checkbox"/> 一般健診	精査	<input type="checkbox"/> 2次検診 <input type="checkbox"/> 企業健診後受診

大野中央病院